

OCTOBRE 2021

LES DONNÉES

# CANCER DE L'OVAIRE : INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Le présent document constitue un référentiel de bonnes pratiques et de prise en charge en cancérologie pris en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique et a été soumis à la commission des expertises de l'Institut national du cancer en date du 06/09/2021.

Cette expertise sanitaire a été adoptée par décision du Président de l'Institut N° 2021-12 en date du 06/09/2021, publiée au Registre des actes administratifs de l'Institut.

# GRUPE DE TRAVAIL

## Experts

Dr BENDIFALLAH Sofiane, gynécologue obstétricien, Hôpital Tenon, Paris  
Dr CHARRA Clément, médecin généraliste, Faculté des Sciences de santé de Dijon, Dijon (#)  
Pr COURBIÈRE Blandine, gynécologue obstétricien et médecin de la reproduction, Hôpital de la Conception, Marseille  
Dr DE LA MOTTE ROUGE Thibault, oncologue médical, Centre Eugène Marquis, Rennes  
Pr FOURNIER Laure, radiologue, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris  
Dr GLADIEFF Laurence, oncologue médicale, Institut Claudius Regaud, IUCT-Oncopole, Toulouse  
Dr GUYON Frédéric, chirurgien gynécologue, Institut Bergonié, Bordeaux  
Pr LAVOUE Vincent, gynécologue obstétricien, CHU Rennes, Rennes  
Dr LE FRERE-BELDA Marie-Aude, anatomopathologiste, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris  
Pr OULDAMER Lobna, gynécologue obstétricien, CHU Bretonneau, Tours  
Pr THOMASSIN NAGGARA Isabelle, radiologue, Hôpital Tenon, Paris

Chaque expert du groupe de travail a renseigné une déclaration d'intérêts, publiée sur le site DPI-SANTÉ. L'analyse des liens d'intérêts réalisée par l'Institut national du cancer n'a pas mis en évidence de risque de conflits d'intérêts.

(#) Expert en désaccord avec la version définitive de la conclusion<sup>1</sup>

## Parties intéressées

Agences régionales de santé (ARS)  
Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie (ACORESCA)  
Association BRCA France  
Association IMAGYN  
Comité de démocratie sanitaire (INCa)  
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)  
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)  
Fédération hospitalière de France (FHF)  
Fédération nationale des établissements de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD)  
UNICANCER

## Invités

Mme SEROUSSI Brigitte, Délégation à la Stratégie des systèmes d'information de santé  
M. BOUAUD Jacques, Assistance Publique des hôpitaux de Paris, délégation à la Stratégie des systèmes d'information de santé

## Pilotage

Coordination par la direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt  
Mme COURTOIS Émilie, Mission Incubateur et plateforme de données, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'en octobre 2020)  
Dr HOUZARD Sophie, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en santé, INCa, Boulogne-Billancourt (à partir de Octobre 2020)  
Dr LE BIHAN-BENJAMIN Christine, direction de l'Observation, des sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en santé, INCa, Boulogne-Billancourt  
Dr BOUSQUET Philippe Jean, direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt

---

<sup>1</sup> Désaccord car ces indicateurs ne prennent pas en compte la démarche de décision médicale partagée, ni les préférences et attentes des patientes, ni le surtraitement (notamment dans le cadre des situations d'échappement et échec thérapeutique, des soins palliatifs ni de la fin de vie).

Mme COQUELIN Anaëlle, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

Mme ERBAULT Marie, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé, Saint-Denis

M. De LUZE Samuel, pôle Santé publique et soins, département Organisation et Parcours de soins, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'en novembre 2020)

Mme MOROIS Sophie, direction des Recommandations et du Médicament, département Bonnes Pratiques, INCa, Boulogne-Billancourt

# RELECTEURS

**ALTIER Pascale**, Comité De Démocratie Sanitaire, Saint Rémy Les Chevreuse

**BADAoui Rachida**, Association de patients Imagyn, Roissy

**BOESPFLUG Olivia**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), Pau

**BOUCHERAT Cédric**, Pharmacien, Comité de Démocratie Sanitaire, Livry-Gargan

**CLASSE Jean-Marc**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), Saint-Herblain

**DE REILHAC Pia**, Médecin, Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM)

**DIONISIO Marlène**, Infirmière, Comité de Démocratie Sanitaire, Flavigny

**DURIEZ Clarisse**, Association BRCA France, Villeneuve D'ascq

**FEISSAT Bernard**, Comité de Démocratie Sanitaire, Boulogne

**FLORET Céline**, Psychiatre, Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), Montpellier

**GANTOIS Adrien**, Sage-femme, Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), Paris

**GAUTIER Claude Pierre**, Médecin, Association des Médecins Coordinateurs Acorde, Avignon

**JALAGUIER-COUDRAY Aurélie**, Médecin, Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM), Marseille

**JUBELIN Pascale**, Association de patients Imagyn, Toulon

**KERBAGE Yohan**, Chirurgien, Réseau Régional de Cancérologie (RRC), Lille

**LAAS Énora**, Chirurgien, Société Française du Cancer (SFC), Paris

**LAYET Valérie**, Médecin, Comité de Démocratie Sanitaire, Le Havre

**LOUVEAU Vincent**, Médecin, Collège de Médecine Générale (CMG), Bellevigny

**MARJOLLET Coralie**, Association de Patients Imagyn, Paris

**Marmasse Sylvie**, Association BRCA France, Paris

**MARTINEZ Alejandra**, Chirurgien, Société Française du Cancer (SFC), Arcagy Gineco, Toulouse

**NARDUCCI Fabrice**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), Lille

**PHALIPPOU Jérôme**, Chirurgien, Réseau Régional de Cancérologie (RRC), Lille

**PICARD Stéphane**, Médecin, Société Française d'accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), Paris

**POLI Marie Jo**, Comité de Démocratie Sanitaire, Ajaccio

**POLOMENI Alice**, Psychologue, Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO), Paris

**ROUGE BUGAT Marie-Ève**, Médecin, Collège de Médecine Générale (CMG), Toulouse

**Vandromme Marion**, Association BRCA France, Villeneuve d'Ascq

**VARELA CAGETTI Leonel**, Radiothérapeute, Société Française du Cancer (SFC), Marseille

**VILLARD Rim**, Médecin, Société Française du Cancer (SFC), Marseille

**ZANARDI-BRAILLON Michèle**, Sage-femme, Collège National des Sages-Femmes (CNSF)

# SOMMAIRE

<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>8</b>
<b>SYNTHÈSE .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>12</b>
<b>2. MÉTHODE.....</b>	<b>15</b>
2.1. PHASE PRÉPARATOIRE.....	15
2.2. PHASE D'EXPERTISE.....	15
2.2.1. Premier tour de cotation.....	16
2.2.2. Face-à-face .....	17
2.2.3. Deuxième tour de cotation .....	17
2.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE.....	18
2.4. PHASE DE TEST.....	18
<b>3. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES .....</b>	<b>19</b>
3.1. PHASE PRÉPARATOIRE.....	19
3.2. PHASE D'EXPERTISE.....	20
3.2.1. Ajout d'indicateurs par les experts .....	20
3.2.2. Processus de sélection des indicateurs .....	20
3.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE.....	21
3.3.1. Évaluation globale du rapport.....	22
3.3.2. Évaluation des indicateurs .....	22
<b>4. RÉSULTATS FINAUX .....</b>	<b>23</b>
4.1. AUTOMATISATION DU CALCUL DES INDICATEURS.....	23
4.2. LES INDICATEURS DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS POUR LE CANCER DE L'OVAIRE .....	25
Synthèse des dix indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer de l'ovaire ....	25
A. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an .....	28
B. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique.....	31
C. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne.....	34
D. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique .....	37
E. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie.....	40
F. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à stadepresumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique.....	43
G. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante .....	46
H. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction .....	49

I. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante .....	53
J. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical .....	57
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>62</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>65</b>
ANNEXE 1 : PLATEFORME DE DONNEES EN CANCEROLOGIE .....	65
ANNEXE 2 : REQUETE PUBMED PARANGONNAGE IQSS.....	67
ANNEXE 3 : LISTE DES INDICATEURS PROPOSES PAR LES EXPERTS MAIS NON RETENUS POUR LE PROCESSUS DE SELECTION .....	68
ANNEXE 4 : PROCESSUS DE SELECTION DES INDICATEURS .....	70
ANNEXE 5 : RESULTATS DES DEUX TOURS DE COTATION DES EXPERTS .....	75
ANNEXE 6 : RATIONNEL COMPLET DES INDICATEURS.....	76

# ABRÉVIATIONS

<b>3C</b>	Centre de coordination en cancérologie
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>BDMA</b>	Bases de données médico-administratives
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CIM-10</b>	Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> révision
<b>CNGOF</b>	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
<b>DCC</b>	Dossier communicant de cancérologie
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DPI</b>	Déclaration publique d'intérêts
<b>FIGO</b>	Fédération internationale de gynécologie obstétrique
<b>FNCGM</b>	Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
<b>FranCOGyn</b>	Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>IQSS</b>	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>IV</b>	Intraveineuse
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>PDC</b>	Plateforme de données en cancérologie
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>RBP</b>	Recommandation de bonne pratique
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>SFOG</b>	Société française d'oncologie gynécologique
<b>SNDS</b>	Système national des données de santé
<b>TDM</b>	Tomodensitométrie
<b>TEP (PET)</b>	Tomographie par émission de positons ( <i>Positron Emission Tomography</i> )

# SYNTHÈSE

Ce rapport est l'aboutissement d'un travail de groupe sur l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques au cancer de l'ovaire.

## Objectif

L'objectif de ce projet est de proposer des IQSS spécifiques au cancer de l'ovaire, basés sur les recommandations de bonne pratique et automatisables à partir des bases de données médico-administratives pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité et renforcer la pertinence des soins.

## Méthode

Ce projet a été piloté par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Le groupe de travail était composé de parties intéressées (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentant des usagers et associations de patients) ainsi que d'experts cliniciens issus des sociétés savantes. Il s'appuie sur la méthode Rand, méthode de consensus.

En phase préparatoire, a été réalisé un recensement des recommandations de bonne pratique ainsi qu'un parangonnage des IQSS existants au niveau international. En parallèle, une contribution écrite a été demandée aux parties intéressées afin de recueillir leurs besoins en termes d'IQSS. Cette phase préparatoire a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs.

Lors de la phase d'expertise, les experts ont eu l'opportunité d'ajouter des indicateurs à la pré-liste proposée. Ils ont ensuite coté sur une échelle de 1 à 9 la pertinence et la validité de chaque indicateur. Une première cotation s'est déroulée par mail sans concertation entre experts. Une réunion en face-à-face leur a ensuite permis de discuter des résultats. À l'issue de cette réunion, une deuxième cotation a été réalisée permettant de sélectionner la liste définitive des IQSS à développer.

Les fiches descriptives de chaque indicateur ont été construites puis l'intégralité du travail a été relue lors d'une concertation nationale auprès de professionnels de santé, de patients et d'acteurs politiques.

## Résultats

La phase préparatoire a permis de sélectionner une pré-liste de 25 indicateurs à proposer au groupe de travail. Les experts ont souhaité ajouter 8 indicateurs à cette pré-liste et trois indicateurs parmi les 25 ont été proposés avec une formulation différente, totalisant donc 36 indicateurs pour le premier tour de cotation des experts.

Le premier tour de cotation des experts a abouti à une sélection de 22 indicateurs. Lors du face-à-face, treize indicateurs ont été supprimés et un indicateur non sélectionné au premier tour a été repris, soit un total de 10 indicateurs pour le deuxième tour de cotation des experts. Les experts ont alors retenu ces dix indicateurs pour mesurer la qualité et la sécurité des soins des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire.

La concertation nationale a permis de réajuster les libellés des indicateurs et les fiches descriptives.

Les dix indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous, selon le type de cancer et les étapes du parcours de soins. Une cible à atteindre et un niveau d'alerte ont également été définis par les experts.

CANCER DE L'OVAIRE	Stade précoce	Stade avancé
<b>Structure/Traitement</b> - A – Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an.	Non concerné	Cible : > 98 % Alerte si < 90 % (avec carcinose)
<b>Processus/Diagnostic</b> - B – Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique ;	Cible : > 98 % Alerte si < 95 %	
- C – Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne ;	Cible : > 98 % Alerte si < 95 %	Non concerné
- D – Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique.	Non concerné	Cible : > 80 % Alerte si < 65 % (avec carcinose)
<b>Processus/Traitement</b> - E – Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie.	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %	
<b>Processus/Stadification</b> - F – Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique.	Cible : > 85 % Alerte si < 75 %	Non concerné
<b>Processus/Traitement</b> - G – Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante ;	Non concerné	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %
- H – Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction ;	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %	
- I – Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante.	Non concerné	Cible : > 75 % Alerte si < 65 %
<b>Résultat/Traitement</b> - J – Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical.	Cible : < 20 % Alerte si > 40 %	

## **Conclusion**

Les dix IQSS sélectionnés, concernent toutes les phases du parcours de soins du patient, associant des indicateurs de processus, de résultat et d'évaluation de la pertinence des soins.

Cette sélection d'indicateurs est néanmoins restreinte à la disponibilité des données présentes dans les bases de données médico-administratives.

L'utilisation effective de ces dix indicateurs sera fonction de la valeur prédictive positive ou de la valeur prédictive négative de chaque indicateur qui sera calculée lors d'une phase de test en comparant les données présentes dans les bases de données médico-administratives aux données sources du dossier patient.

La diffusion annuelle des résultats des indicateurs donnera aux professionnels de santé et aux décideurs des outils de pilotage local mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci renforcera également les actions de transparence à destination du public.

# 1. INTRODUCTION

Au niveau international, il est aujourd'hui communément accepté que l'amélioration des pratiques soignantes passe par leur évaluation. Cette prise de conscience est apparue dès le milieu des années 60 avec l'utilisation par Avedis Donabedian d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) comme modèle d'évaluation (Donabedian 1966, 1988).

En France, les IQSS émanent d'une volonté politique affirmée depuis déjà plus de 10 ans puisque dès 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) en lien avec le ministère en charge de la santé, développe et recueille des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. À cette notion de qualité des soins vient se greffer la notion de pertinence. Constatant une augmentation de la fréquence des actes et une variabilité géographique des pratiques, le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie ont saisi en 2010 la HAS sur le sujet de la pertinence. Aujourd'hui encore, selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 25 % à 30 % des dépenses d'actes et des prescriptions seraient inutiles. Cette volonté politique est réaffirmée en 2017 dans un rapport parlementaire sur *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*, qui met en avant trois piliers pour mettre en place de nouvelles mesures de la qualité des soins. Un des trois piliers est consacré aux « *indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats* » (Véran 2017). L'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins semble donc être un enjeu majeur de santé publique. La Stratégie Nationale de Santé, adoptée en décembre 2017, reprend d'ailleurs dans un des quatre thèmes prioritaires la nécessité de « *développer une culture de la qualité et de la pertinence* » (Ministère des solidarités et de la santé 2017).

L'Institut national du cancer (INCa) a, dès 2014, souhaité porter au sein du Plan Cancer 2014-2019 (Institut national du cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche 2014), l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques à la cancérologie (action 2.2).

En cancérologie, les parcours de santé sont très spécifiques à la localisation de la tumeur. Il semblait donc plus pertinent de développer des IQSS selon les types de cancer. Le cancer de l'ovaire fait partie des cancers dont le pronostic n'est pas satisfaisant. Avec une incidence estimée à 5 193 nouveaux cas en France en 2018, c'est le 8<sup>e</sup> cancer le plus fréquent chez la femme (Defossez et al., 2019). Le nombre de décès en 2018 est estimé à 3 479 cas, soit la 5<sup>e</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme (Defossez et al., 2019). La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'est légèrement améliorée, passant de 36 % à 44 % entre les périodes 1989-1993 et 2005-2010 mais reste néanmoins non optimale (Cowppli-Bony et al., 2016). Bristow, dans une cohorte américaine de population de femmes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire de stade IIIC-IV, a démontré que l'adhésion aux recommandations de bonnes pratiques était significativement associée à une amélioration de la survie, quels que soient les facteurs ethniques, raciaux et socioéconomiques (Bristow, 2015). Il semblerait donc que la mise en place d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins au regard des recommandations de bonne pratique permettrait d'améliorer le taux de survie nette pour le cancer de l'ovaire. Ceci paraît d'autant plus important que de nouvelles dispositions sont proposées dans le cadre des autorisations des établissements de santé à traiter des personnes atteintes d'un cancer.

Le parcours de soins des patientes atteintes d'un cancer non épithélial de l'ovaire étant très différent, ce document se focalisera sur les cancers épithéliaux de l'ovaire dont l'incidence est estimée à 4 531 nouveaux cas en France en 2018.

La mise en place d'IQSS spécifiques au parcours de santé en cancérologie engendre de nombreux avantages. Utiles au pilotage interne des établissements de santé, ces indicateurs permettent

également d'améliorer la coordination et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné, au niveau des agences régionales de santé (ARS) ou bien encore des centres de coordination en cancérologie (3C). Enfin, la diffusion publique des résultats de ces indicateurs offre aux usagers une transparence d'information indispensable.

L'objectif de ce projet est donc de proposer des **IQSS spécifiques aux tumeurs épithéliales de l'ovaire, des trompes et du péritoine primitif** basés sur les dernières recommandations de bonne pratique labellisées par l'Institut (FRANCOGYN, SFOG, ARCAGY-GINECO, CNGOF, 2019).

Afin que ces indicateurs soient une aide pour les professionnels de santé et non une charge de travail supplémentaire pour leur documentation, l'Institut a souhaité qu'ils soient calculés à partir de données déjà recueillies de façon automatique *via* la plateforme de données en cancérologie (PDC) ([Annexe 1](#)).

Cette plateforme, hébergée par l'Institut, comprend les données de la cohorte cancer (extraction des données du SNDS), et s'enrichira des données issues des registres des cancers et du dépistage. Ce choix pourra être réajusté en fonction de l'évolution du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC). Une actualisation des IQSS est prévue en cas de modification des codes présents dans les bases de données médico-administratives ou d'évolution des recommandations de bonne pratique.

#### **IQSS, AUTORISATIONS : DES DÉMARCHES COMPLÉMENTAIRES DE QUALITÉ**

Les IQSS sont principalement des indicateurs de processus (réalisations de soins conformes aux bonnes pratiques) mesurés pour chaque patient. Ils peuvent notamment être calculés pour l'ensemble des patients pris en charge dans un établissement. Ces taux peuvent alors être imputables à l'établissement.

Les IQSS complètent le dispositif d'autorisation des établissements pour le traitement du cancer relatif à la qualité et la sécurité des soins. Ce dispositif rassemble des mesures transversales de qualité<sup>2</sup> (notamment l'obligation d'annonce du diagnostic, de RCP, de remise du PPS, de soins de support, d'accès aux traitements innovants), des critères d'agrément INCa<sup>3</sup> par pratique thérapeutique et des seuils d'activité minimale<sup>4</sup> pour certaines activités. Il s'agit d'obligations de structure ou de processus (existence ou non de dispositifs/ organisations de soins) mesurées pour chaque établissement et qui conditionnent l'autorisation d'exercer l'activité concernée.

IQSS, autorisations des établissements au traitement du cancer, certification des établissements et accréditation des professionnels participent tous d'une démarche complémentaire d'amélioration de la qualité.

---

<sup>2</sup> Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

<sup>3</sup> Avis du 20 juin 2008 relatif aux critères d'agrément des établissements pratiquant la cancérologie.

<sup>4</sup> Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Avis du 6 février 2009 relatif à l'adoption de critères d'agrément des établissements pratiquant la cancérologie pédiatrique.

Ensemble, IQSS et autorisations relèvent d'une logique proche de la démarche de certification des établissements proposée par l'ESGO (Querleu, 2016). Ils complètent l'évaluation des pratiques proposée par la certification ESGO, notamment en permettant :

- une production annuelle des indicateurs ;
- une couverture systématique de l'ensemble des établissements ;
- une évaluation sans retour au dossier.

Les IQSS doivent être envisagés comme une démarche continue de qualité, nécessitant de les réviser régulièrement en fonction de l'évolution des recommandations, des codages dans les bases de données médico-administratives (BDMA) et de l'évolution des données disponibles dans la PDC.

La PDC doit s'enrichir dans le futur de données telles que les comptes rendus des réunions de concertation multidisciplinaires, d'anatomopathologie, d'éléments issus du DCC. Cette évolution est particulièrement nécessaire pour exclure à terme les cancers non épithéliaux. Aujourd'hui, ils sont compris dans les calculs car il n'existe pas de code dédié permettant de les identifier. Le seul moyen de ne pas en tenir compte dans les IQSS est d'abaisser les seuils cibles et d'alerte des indicateurs.

Ce projet est piloté par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Des parties intéressées sont consultées en amont et en aval du projet (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentant des usagers et associations de patients). Le groupe de travail est lui composé d'experts cliniciens. Il s'appuie sur la méthode Rand, méthode de consensus explicitée ci-dessous ainsi que sur les données de la plateforme de données en cancérologie, hébergée par l'Institut national du cancer.

## 2. MÉTHODE

La méthode d'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer de l'ovaire se compose en quatre phases : phase préparatoire, phase d'expertise, phase de concertation nationale et phase de test<sup>5</sup>.

Ces phases permettent d'évaluer et de garantir les caractéristiques attendues d'un bon indicateur de qualité et de sécurité des soins qui sont : la pertinence, la validité, la fiabilité et la faisabilité (ANAES 2002 ; Smith 2008 ; Campbell 2002). Plus précisément, la pertinence et la validité sont étudiées lors de l'expertise ; la faisabilité lors de la concertation nationale et la validité et la fiabilité sont étudiées lors de la phase de test.

### 2.1. Phase préparatoire

L'objectif de la phase préparatoire était de faire une pré-sélection des indicateurs potentiels à développer. Cette phase a été réalisée par l'Institut.

Dans un premier temps, une lecture détaillée du thésaurus **Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire** élaboré par le groupe FRANCOGYN en partenariat avec la SFOG et ARCAGY-GINECO sous l'égide du CNGOF, labellisé par l'Institut national du cancer, a été réalisée. Ces éléments de recommandations ont ensuite été analysés selon leur possibilité de se décliner en indicateur de qualité et de sécurité des soins et selon la disponibilité des données dans la plateforme de données en cancérologie. Ils ont été classés en plusieurs sous-groupes en fonction du stade de cancer (stade I à IV selon la classification FIGO), de la phase de parcours de soins (diagnostic, traitement, suivi) et de la thématique principale (biopsie, imagerie, thérapeutique...).

Dans un second temps, un **parangonnage<sup>6</sup> international** a été réalisé sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins existants sur le cancer de l'ovaire à partir d'une requête *Pubmed* limitée à la période 2015-2019 ([Annexe 2](#)). Selon la même grille de lecture utilisée pour les éléments de recommandations, les indicateurs issus des articles ont été analysés puis classés.

Enfin, les **parties intéressées** du projet ont été sollicitées par mail. Une contribution écrite leur a été demandée sur les indicateurs déjà utilisés au sein de leurs institutions mais également sur leurs besoins en termes d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer de l'ovaire.

La mise en relation de ces trois sources a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs.

### 2.2. Phase d'expertise

L'objectif de l'expertise était de trouver un consensus entre les experts sur une liste d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins à développer pour le cancer de l'ovaire. Le processus de consensus s'est déroulé en trois étapes selon la méthode RAND (Fitch, 2001) : un premier tour de cotation, une discussion en face-à-face des résultats, un deuxième tour de cotation.

---

<sup>5</sup> <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Guide-methodologique-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-en-cancerologie>

<sup>6</sup> *Benchmarking*.

Un total de 12 experts a été sélectionné à titre personnel parmi les experts ayant rédigé les dernières recommandations sur le cancer de l’ovaire publiées par l’Institut. La sélection s’est voulue être représentative des professionnels de santé exerçant auprès des patientes atteintes d’un cancer de l’ovaire : le panel est pluridisciplinaire, issu aussi bien du secteur public que du secteur privé, et intègre des personnes ayant une bonne connaissance du sujet de par leur participation à la production des recommandations nationales. Chaque expert a complété une déclaration d’intérêts dont les liens ont été analysés au regard du sujet de l’expertise. Ces déclarations sont rendues publiques sur le site internet de l’Institut national du cancer<sup>7</sup>.

Une première réunion regroupant les experts s’est déroulée le 21 janvier 2020. La méthodologie du projet a été présentée et discutée afin de traiter toutes les questions subsistantes.

Entre la réunion de présentation et la première cotation, le groupe de travail a eu la possibilité d’ajouter des indicateurs à la pré-liste composée en phase préparatoire, permettant ainsi d’avoir une pré-liste complète pour passer à l’étape de cotation.

### 2.2.1. Premier tour de cotation

Il a été demandé aux experts d’établir pour chaque indicateur une cotation sur la pertinence et la validité de l’indicateur.

La **pertinence** d’un indicateur regroupe différents concepts. D’une part, elle est définie par le fait qu’un indicateur mesure un évènement possédant une marge d’amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins. Il doit être un outil d’aide à la décision. D’autre part, les professionnels de santé doivent manifester une nécessité en termes de santé publique de recueillir l’indicateur (pertinence clinique).

La **validité** d’un indicateur est le degré d’exactitude de l’indicateur pour mesurer ce qu’il est censé mesurer. Les experts doivent réfléchir si l’indicateur mesure bel et bien ce que l’on souhaite mesurer ou si les résultats sont influencés par d’autres facteurs. Il est possible de coter un indicateur comme étant très valide même si d’autres facteurs influencent les résultats. Cependant, les facteurs dits de confusion doivent être cités dans les commentaires pour pouvoir être pris en compte dans l’analyse.

La cotation a été recueillie par mail, de façon individuelle et sans concertation avec les autres experts.

L’échelle de cotation de 1 à 9, se comprend ainsi :

- entre 1 et 3 : l’indicateur n’est pas pertinent/valide pour mesurer la qualité et ne doit donc pas être suivi ;
- entre 4 et 6 : la pertinence/validité n’est pas univoque et le suivi n’est pas forcément utile ;
- entre 7 et 9 : l’indicateur est considéré comme pertinent/valide pour mesurer la qualité et devrait donc être suivi (Marshall 2003).

---

<sup>7</sup> <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Deontologie-et-transparence-DPI/Declarations-publiques-d-interets-DPI>

### 2.2.2. Face-à-face

Une réunion en face-à-face devait se dérouler le 17 mars 2020 mais, en raison de la pandémie de COVID-19, a été réalisée en visioconférence le 19 mai 2020. Après une présentation des résultats du premier tour de cotation, les experts ont pu échanger sur ces résultats : la formulation du libellé des indicateurs, leur cotation en termes de pertinence et de validité. Cet échange a permis aux experts de justifier leur choix et de trouver des solutions pour les points de désaccord.

### 2.2.3. Deuxième tour de cotation

Le deuxième tour de cotation a été réalisé par mail à la fin de la réunion du 19 mai 2020. Les experts ont de nouveau coté la validité et la pertinence des indicateurs mais la liste était restreinte aux indicateurs sélectionnés au premier tour de cotation et à ceux discutés lors de la réunion.

Pour faire partie de la sélection finale, un indicateur devait remplir les trois conditions suivantes (Marshall 2003) :

- médiane du groupe d'experts > à 7 pour la validité ;
- médiane du groupe d'experts > à 6 pour la pertinence ;
- absence de désaccord au sein du groupe d'experts.

Un désaccord était défini statistiquement lorsque les deux conditions suivantes étaient réunies:

- 1/3 ou plus des cotations sont situées entre 1 et 3 ;
- 1/3 ou plus des cotations sont situées entre 7 et 9.

À l'issue du processus de sélection des indicateurs, le contenu précis de chaque indicateur a été défini à l'aide d'une fiche descriptive par les experts lors de deux réunions réalisées en visioconférence (pandémie COVID-19 toujours en cours) le 16 juin et le 29 septembre 2020, et par échange de mails.

Cette fiche comprend :

1. **Description générale** : Libellé de l'indicateur, Définitions, Population concernée, Numérateur, Dénominateur, Type d'indicateur, Critères d'inclusion, Critères de non-inclusion, Niveaux géographiques de restitution, Périodicité de la mesure, Ajustement, Stratification, Modalités de calcul de l'indicateur.
2. **Interprétation** : Intérêt de l'indicateur, Rationnel de l'indicateur, Intégration au processus d'autorisation du traitement du cancer, Intégration aux IQSS de la HAS, Limites et biais, Modalités d'interprétation, Taux cibles, Comparaison possible.
3. **Élaboration et qualités** : Sources et origines, Référentiels, Références bibliographiques, Organismes responsable de la collecte, de la validation de la fiche, Date de validation de la fiche.
4. **Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur.**

Les Rationnels complets des indicateurs se trouvent en [Annexe 5](#). L'intérêt de l'indicateur est rédigé au cours des réunions d'expertise, à la suite des retours des parties intéressées, au début de la phase d'élaboration et de la relecture nationale.

## 2.3. Phase de concertation nationale

Une phase de concertation nationale a été réalisée avec pour objectif d'évaluer la cohérence, la lisibilité et l'acceptabilité des indicateurs de qualité et de sécurité sélectionnés lors de la phase d'expertise. Cela a permis d'évaluer une des caractéristiques requises pour un bon indicateur : la faisabilité.

La **faisabilité** est une caractéristique qui reflète l'acceptabilité par les professionnels de santé de l'indicateur. L'indicateur est-il facile, clair, simple à utiliser ? Une bonne faisabilité est garante d'une meilleure exhaustivité et qualité des données.

La concertation nationale s'est déroulée durant le 4<sup>e</sup> trimestre 2021 par sollicitation des parties intéressées et des présidents des différents organismes en lien avec le cancer de façon générale ou le cancer de l'ovaire.

## 2.4. Phase de test

Les bases de données médico-administratives présentes au sein de la plateforme de données en cancérologie à partir desquelles seront calculés les IQSS ont l'avantage de fournir des données individuelles structurées, codées de manière standardisée à l'échelle nationale. Il faut néanmoins noter qu'elles présentent quelques limites inhérentes à la qualité du codage.

Il convient par conséquent d'évaluer la fiabilité des IQSS calculés à partir des BDMA sur la base de critères objectifs avant de pouvoir les utiliser.

L'objectif de la phase de test est donc d'évaluer la fiabilité des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie calculés à partir des BDMA comparant les résultats des indicateurs calculés à partir des données existantes dans les BDMA aux résultats calculés à partir :

- des données issues des registres des cancers ;
- des données des dossiers médicaux des patients (étude de terrain).

À l'issue de cette phase de test, seuls les IQSS ayant une bonne valeur prédictive positive ou prédictive négative seront retenus. Les résultats des indicateurs seront diffusés de façon annuelle sur la plateforme Scansanté de l'ATIH. Deux modalités de diffusion sont envisagées :

- la diffusion aux seuls acteurs de soins concernés, permettant ainsi d'inscrire les indicateurs dans le pilotage interne de la qualité ;
- la diffusion publique pour les indicateurs répondant aux critères suivants :
  - les résultats de l'indicateur imputables à l'établissement,
  - un minimum de 11 cas dénombrés,
  - une valeur prédictive positive et négative conforme aux attendus,
  - une comparaison inter établissement des résultats de l'indicateur pertinente pour améliorer la qualité de la prise en charge.

Les indicateurs répondant à ces critères pourront être diffusés publiquement.

La phase de test devrait débuter en 2021.

## 3. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

### 3.1. Phase préparatoire

La lecture du thésaurus **Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire** élaboré par le groupe FRANCOGYN en partenariat avec la SFOG et ARCAGY-GINECO sous l'égide du CNGOF, labellisé par l'Institut national du cancer, a permis d'identifier 156 éléments de recommandations. Un élément de recommandation désigne un point des recommandations formulable en indicateur. Après analyse, 29 indicateurs potentiels ont pu être qualifiés comme étant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et dont les données étaient disponibles dans la plateforme de données en cancérologie.

Le **parangonnage international** a recensé 5 articles évoquant un total de 41 indicateurs. Après analyse, 19 indicateurs potentiels ont pu être qualifiés comme étant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives.

La **consultation des parties intéressées** a permis de recueillir 7 contributions écrites. Les parties intéressées pouvaient s'exprimer sur les éventuels indicateurs sur lesquels ils travaillaient déjà et sur leurs éventuels besoins en termes de développement d'indicateur. Une rubrique « remarques générales » était également proposée. La synthèse des contributions écrites est la suivante :

- 33 éléments ont été rapportés pour les indicateurs déjà travaillés par les parties intéressées dont 5 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives ;
- 180 éléments ont été rapportés pour les besoins des parties intéressées dont 62 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives ;
- 26 remarques générales ont été rapportées dont 4 pouvant se décliner en indicateurs de qualité et de sécurité des soins dont les données étaient disponibles dans les bases de données médico-administratives.

L'analyse de l'ensemble des contributions écrites des parties intéressées a permis d'identifier plusieurs thèmes importants : les données de RCP, les délais du parcours de soins, les modalités de chimiothérapie, la qualité de la chirurgie et les centres experts (Figure 1).

Figure 1. Nuage de mots des besoins d'indicateurs cités par les parties intéressées



De nombreux indicateurs issus des recommandations de bonne pratique, du parangonnage et des contributions écrites des parties intéressées étaient redondants. Un travail de fusion a donc été réalisé pour aboutir à une pré-liste de 25 indicateurs potentiels.

## 3.2. Phase d'expertise

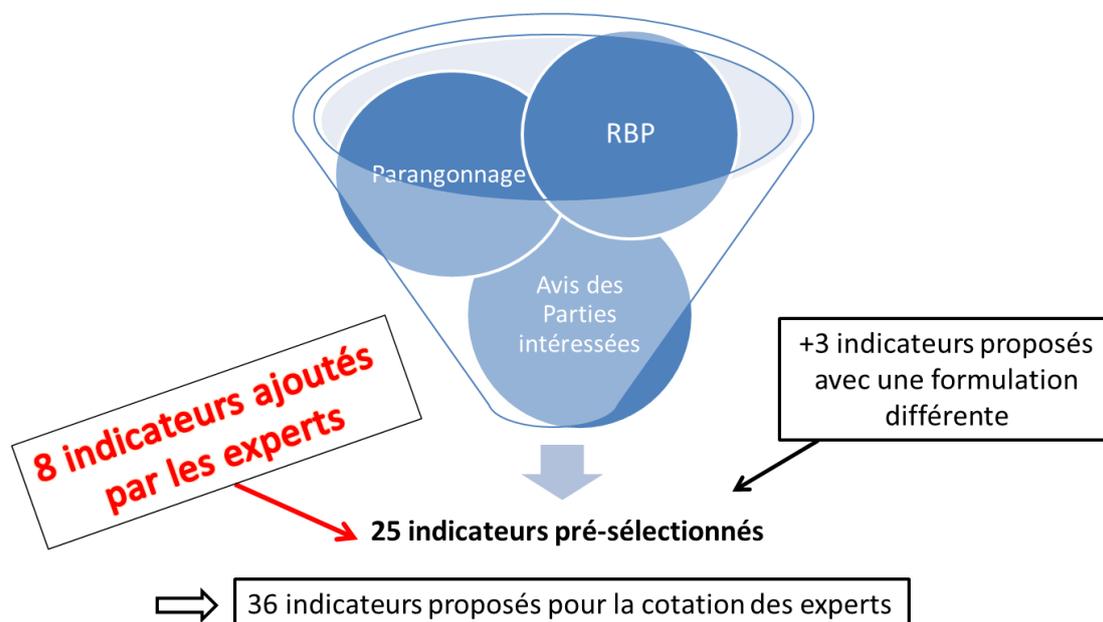
### 3.2.1. Ajout d'indicateurs par les experts

La pré-liste des 25 indicateurs a été présentée aux experts qui ont pu la compléter sur proposition individuelle.

Les experts ont proposé 26 nouveaux indicateurs dont 10 réalisables à partir de notre plateforme de données en cancérologie. Certains indicateurs proposés par les experts étaient redondants. Le nombre final d'indicateurs ajoutés par les experts est donc de 8. D'autres indicateurs ont été proposés par les experts mais n'ont pas été retenus car les données ne sont actuellement pas disponibles dans les bases de données médico-administratives. Il est à noter, qu'avec la mise en place du dossier communicant de cancérologie (DCC), certains de ces indicateurs pourront être développés dans le futur. L'ensemble des propositions des experts est détaillé en [Annexe 3](#) avec, en commentaires, les raisons pour lesquelles l'indicateur n'a pas été retenu pour la cotation.

Parmi les indicateurs, 3 ont été proposés avec deux formulations différentes pour le 1<sup>er</sup> tour de cotation.

Figure 2. Sélection des indicateurs pour le 1<sup>er</sup> tour de cotation des experts



### 3.2.2. Processus de sélection des indicateurs

Un total de 36 indicateurs a donc été proposé pour le 1<sup>er</sup> tour de cotation des experts. Sur un total de 11 experts, 11 se sont prononcés sur la pertinence et la validité de chaque indicateur. Le 1<sup>er</sup> tour de cotation a permis de retenir 17 indicateurs sur 36. Les experts étaient en désaccord pour 5 indicateurs qui ont donc été rediscutés lors du face-à-face en plus des 17 indicateurs retenus (Figure 2).

La réunion en face-à-face a donné lieu à différents débats portant sur les 22 indicateurs issus du premier tour de cotation :

- 13 indicateurs ont été supprimés ;
- 5 indicateurs ont été reformulés ;
- 4 indicateurs gardés à l'identique pour le 2<sup>e</sup> tour de cotation ;
- 1 indicateur non sélectionné au 1<sup>er</sup> tour de cotation a été récupéré pour le 2<sup>e</sup> tour de discussion.

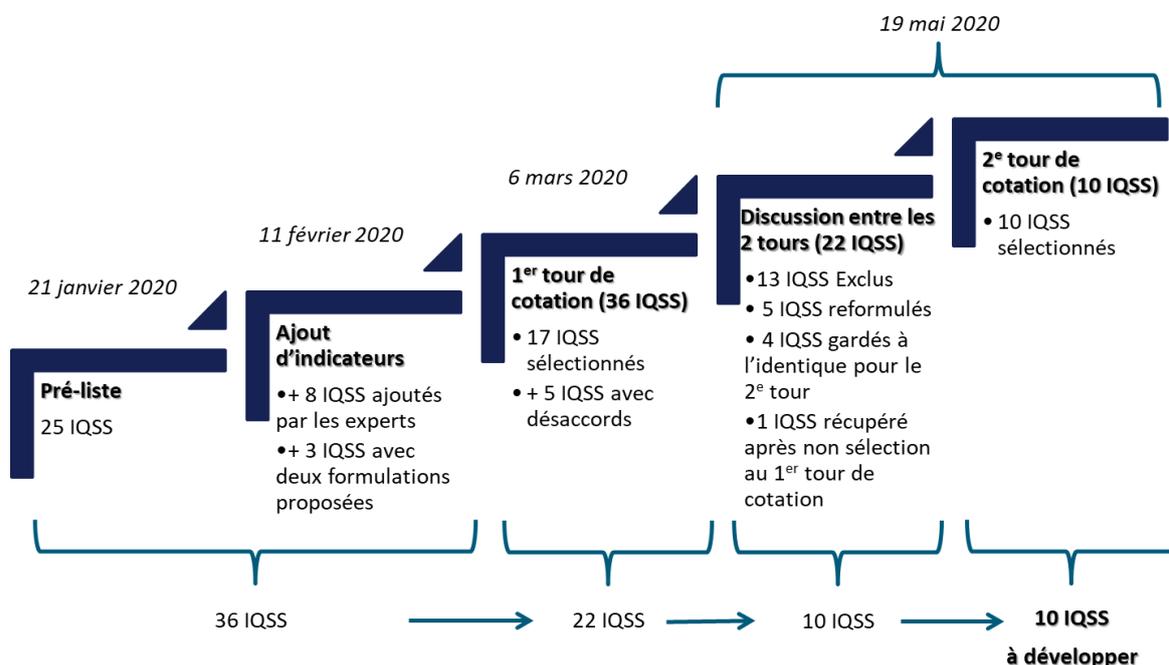
Un total de 10 indicateurs a donc été proposé pour le 2<sup>e</sup> tour de cotation des experts. Sur les 11 experts, 11 se sont prononcé sur la pertinence et la validité de chaque indicateur. Sur les 10 indicateurs cotés, 10 ont été retenus par les experts.

Au final, 10 indicateurs clefs du parcours de soins d'une patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire ont été retenus pour être développés à partir des bases de données médico-administratives (Figure 3).

L'ensemble du processus de sélection est détaillé en [Annexe 4](#).

Les résultats de la cotation de la pertinence et de la validité de l'ensemble de ces indicateurs sont représentés [Annexe 5](#).

**Figure 3. Processus de sélection des indicateurs par consensus**



### 3.3. Phase de concertation nationale

Parmi les organismes sollicités, 31 personnes, soit 17 médecins, 9 patientes et 5 professionnels de santé, ont participé à la relecture nationale en répondant au questionnaire en ligne. Ces personnes appartenaient pour 16 d'entre elles à une société savante, une association professionnelle, 6 au comité de démocratie sanitaire, 6 à une association de patients, 2 à un réseau régional de cancérologie.

Unicancer a également produit un rapport détaillé de commentaires de relecture, sans néanmoins répondre individuellement au questionnaire en ligne.

### 3.3.1. Évaluation globale du rapport

En début de questionnaire, une évaluation globale du rapport était demandée aux relecteurs par le biais de deux questions : Le rapport vous semble clair ? Le rapport vous semble complet ?

Les relecteurs devaient répondre sur une échelle allant de 1 à 9 : 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indécis.

Les réponses sont présentées dans le **Tableau 1** ci-dessous.

**Tableau 1. Résultats synthétiques de l'évaluation globale du rapport IQSS cancer de l'ovaire par les relecteurs nationaux**

	Rapport clair	Rapport complet
Minimum	4	3
Maximum	9	9
Moyenne (écart type)	7,8 (1,5)	7,2 (1,8)
Médiane [IQ25-IQ75]	8 [7-9]	8 [6,75-8,25]

### 3.3.2. Évaluation des indicateurs

Le questionnaire en ligne reprenait pour chaque indicateur les questions suivantes : cet indicateur vous semble utile : o pour les patients ? Oui/Non ; o pour les professionnels de santé ? Oui/Non ; o pour les acteurs politiques ? Oui/Non ; la formulation de l'indicateur vous semble claire, complète et sans ambiguïté ? Échelle de 1 à 9 ; êtes-vous d'accord avec la cible à atteindre proposée ? Échelle de 1 à 9 ; êtes-vous d'accord avec la cible d'alerte proposée ? Échelle de 1 à 9 ; autres commentaires relatifs à cet indicateur : champ libre.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 2** ci-dessous.

**Tableau 2. Résultats synthétiques de l'évaluation des indicateurs du rapport IQSS cancer de l'ovaire par les relecteurs nationaux**

Indicateurs	Utilité de l'indicateur pour les...			Formulation* médiane [IQ25-IQ75]	Cibles*	
	patients %	professionnels de santé %	acteurs politiques %		à atteindre Médiane [IQ25-IQ75]	d'alerte Médiane [IQ25-IQ75]
A	87,1	90,3	83,9	8 [7-9]	9 [8-9]	8 [7-9]
B	90,3	100	93,5	9 [8-9]	9 [8-9]	9 [8,25-9]
C	80,6	96,8	90,3	9 [8-9]	9 [8-9]	9 [8-9]
D	77,4	90,3	80,6	9 [8-9]	8 [6-8]	8 [6-9]
E	54,8	83,9	71	9 [8-9]	8 [6-9]	8 [6-9]
F	90,3	96,8	93,5	9 [8-9]	9 [7-9]	8 [6-9]
G	77,4	90,3	83,9	9 [8-9]	9 [8-9]	8 [6-9]
H	80,6	96,8	93,5	9 [8-9]	9 [8-9]	8 [6-9]
I	67,7	90,3	77,4	9 [8-9]	8 [5-9]	8 [5-8,5]
J	87,1	96,8	83,9	9 [8-9]	7,5 [6-9]	6 [5-8]

\*Sur une échelle de 1 à 9 : 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indécis.

## 4. RÉSULTATS FINAUX

### 4.1. Automatisation du calcul des indicateurs

Les indicateurs proposés ne nécessitent pas de recueil de données supplémentaires de la part des professionnels de santé. Ces indicateurs seront calculés par l'Institut à partir de la plateforme de données en cancérologie.

#### ◆ La plateforme de données en cancérologie

Pour le calcul des indicateurs présentés dans ce rapport, les dernières données disponibles de la plateforme de données en cancérologie seront utilisées. La plateforme intègre une extraction issue du Système national des données de santé (SNDS) qui répertorie l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitalières (*via* le programme médicalisé des systèmes d'information – PMSI) prises en charge par l'Assurance Maladie obligatoire.

Ces données incluent toutes les personnes atteintes d'un cancer (*in situ*, invasif ou tumeur à évolution imprévisible) depuis 2010 ayant entraîné des soins à l'hôpital ou en ville, ou l'attribution d'une affection de longue durée (ALD) permettant la prise en charge à 100 % du cancer. Ces personnes seront suivies sur une période de 20 ans après leur inclusion, l'objectif étant d'améliorer la connaissance du recours aux soins et d'aider à l'organisation du système de santé.

#### ◆ Identification de la population cible selon le code CIM-10

Ces IQSS concernent les cancers épithéliaux de l'ovaire de tous types, de tous stades et atteignant des patientes adultes (Figure 4). Ils peuvent être codés en tant que tumeur maligne de l'ovaire, d'une trompe de Fallope, d'un ligament large, d'un ligament rond, des annexes de l'utérus sans précision, de parties précisées du péritoine, ou du péritoine sans précision. Les tumeurs frontières (*borderline*) de l'ovaire, les cancers de l'ovaire non épithéliaux ou encore la récurrence du cancer de l'ovaire n'entrent pas dans le champ de ce projet et en sont donc exclus.

À ce jour, les informations sur le stade de la maladie ne sont pas disponibles dans la plateforme de données en cancérologie. Afin de calculer les indicateurs en fonction des stades précoces ou avancés, l'identification des patientes à partir des BDMA est faite selon le tableau ci-dessous. Les stades IIB n'étant pas identifiables par le codage, ils seront classés à tort dans le groupe des stades précoces, ce qui constitue une limite de ce projet.

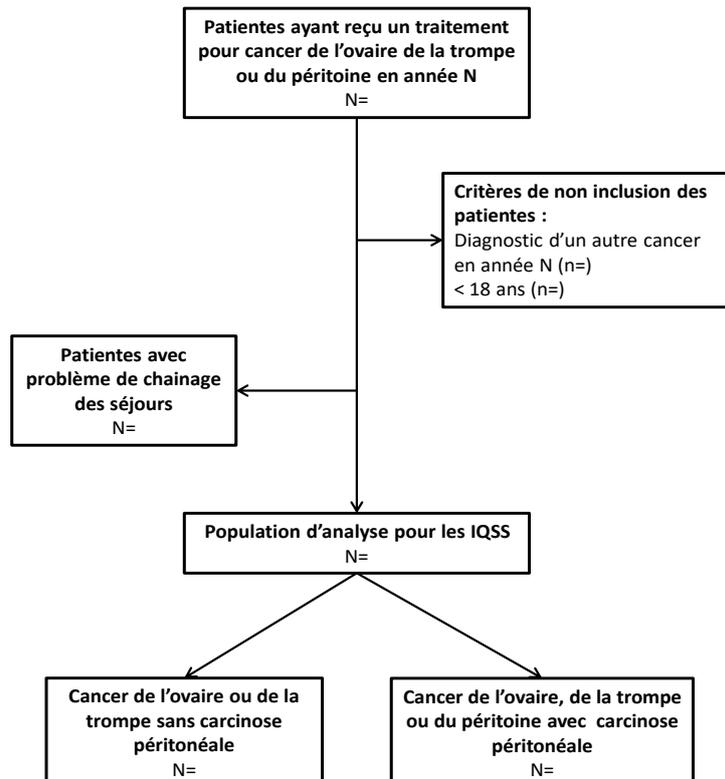
A ce jour, les informations disponibles sur la PDC ne permettent pas de distinguer les cancers de l'ovaire non épithéliaux pour les exclure des analyses. La PDC doit s'enrichir dans le futur de données telles que les comptes rendus des réunions de concertation multidisciplinaires, d'anatomopathologie, d'éléments issus du DCC. Cette évolution est particulièrement nécessaire pour exclure à terme les cancers non épithéliaux. Aujourd'hui, ils sont compris dans les calculs et le seul moyen de ne pas en tenir compte dans les IQSS est d'abaisser les seuils cibles et d'alerte des indicateurs.

**Tableau 3. Nombre de femmes atteintes d'un cancer du sein selon le type histologique en fonction des codes CIM-10 (exemple pour l'année 2014)**

Stade	Précoce/Avancé	Sélection par les codes
I	Précoce	ni carcinose péritonéale, ni envahissement ganglionnaire, ni métastase
II a		
II b	Avancé	
III		Carcinose péritonéale ou envahissement ganglionnaire sous diaphragmatique
IV		Métastase ou envahissement ganglionnaire sus diaphragmatique

\*Pour information, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein estimé en 2018 est de 58 459 (Defossez 2019).

**Figure 4. Flow chart de la population cible pour les IQSS cancer de l'ovaire**



## 4.2. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer de l’ovaire

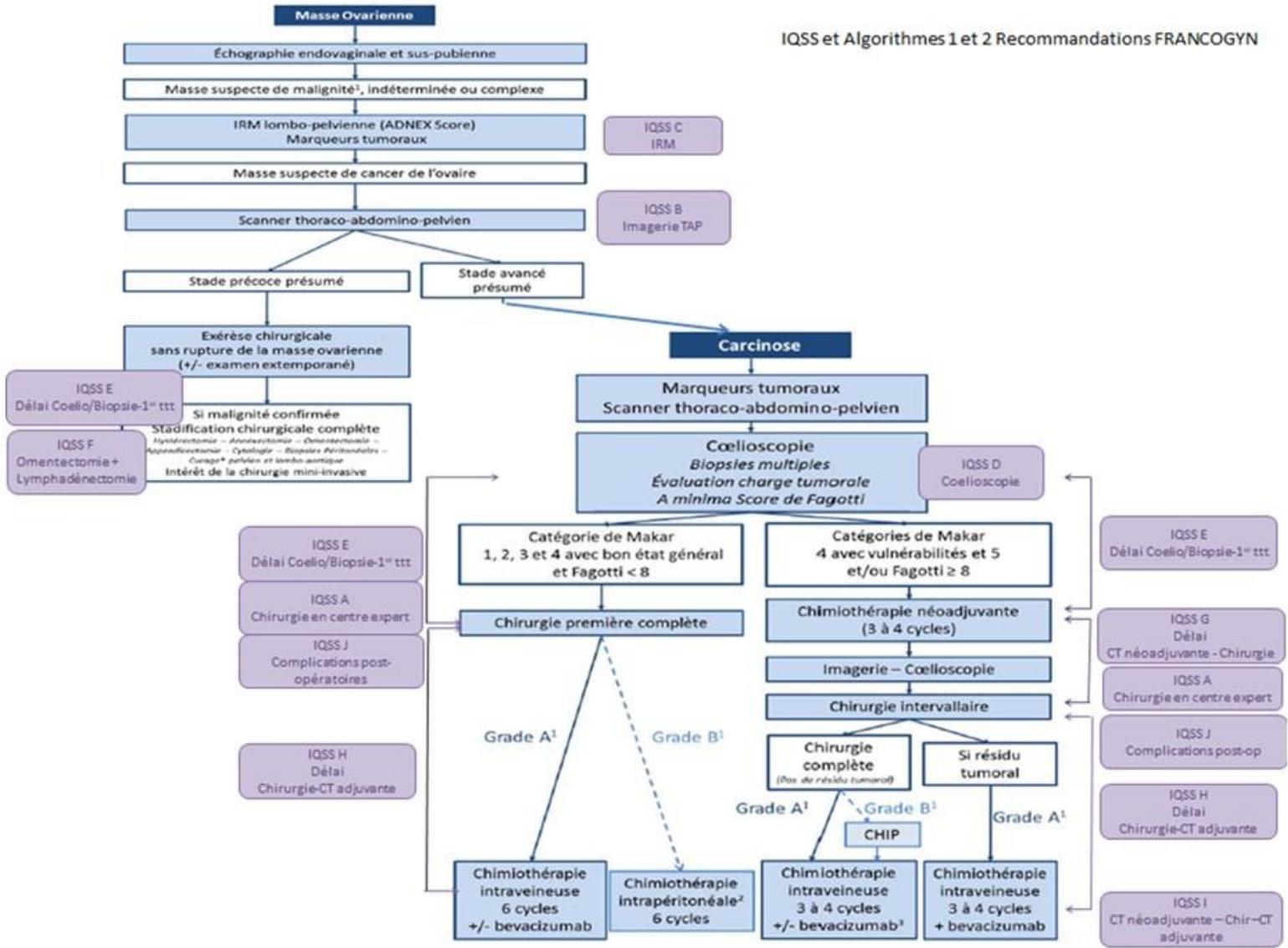
### Synthèse des dix indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer de l’ovaire

Les dix indicateurs sélectionnés, synthétisés dans le tableau suivant, sont décrits un à un dans les pages suivantes. Le rationnel complet des indicateurs (recommandations et parangonnage) se situe en [Annexe 6](#).

**Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d’un cancer épithélial de l’ovaire** élaboré par le groupe FRANCOGYN en partenariat avec la SFOG et ARCAGY-GINECO sous l’égide du CNGOF, labellisé par l’Institut national du cancer

Phase du parcours de soins/Type d’indicateur	Libellé de l’indicateur	Recommandations de bonne pratique	Parangonnage	Souhait de parties intéressées	Cible à atteindre	Cible d’alerte
Structure/ Traitement	A - Proportion de patientes opérées d’un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l’ovaire par an	Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l’ovaire au stade avancé (stades IIB à IV) - Question n° 2 - 8.3.1. Page 204		ACORESCA ARS Association IMAGYN	> 98 %	< 90 %
Processus/ Diagnostic	B - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique	Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d’aide à la décision - Question n° 3 - 3.6.1. Pages 67 et 70			> 98 %	< 95 %
Processus/ Diagnostic	C - Proportion de patientes opérées d’un cancer de l’ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne	Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d’aide à la décision Question n° 1 - 3.3.2. Page 30	Thomassin-Naggara 2020		> 98 %	< 95 %
Processus/ Diagnostic	D - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une cœlioscopie d’évaluation pré-thérapeutique	Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d’aide à la décision - Question n° 4 - 3.7.1. Page 73		FHF UNICANCER	> 80 %	< 65 %
Processus/ Traitement	E - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans			ACORESCA ARS Association IMAGYN	> 90 %	< 75 %

	un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie			Comité de démocratie sanitaire FHF UNHPC-FHP UNICANCER		
Processus/ Stadification	F - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique		Bonte 2019 ; Liang 2015 ; Galvan-Turner 2015.	FHF	> 85 %	< 75 %
Processus/ Traitement	G - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante			Association IMAGYN FHF UNICANCER	> 90 %	< 75 %
Processus/ Traitement	H - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction	Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l'ovaire au stade avancé (stade IIB à IV) - Question n° 26a - 8.3.1. Page 204 Chapitre 8 Les traitements systémiques - Question n° 32 - 10.4.2. Page 271 Chapitre 9 Les personnes âgées - Question n° 36 - 11.6.1. Page 302	ElNaggar 2018 ; Liang 2015 ; Bonte 2019.	ACORESCA Association IMAGYN FHF UNHPC-FHP UNICANCER	> 90 %	< 75 %
Processus/ Traitement	I - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante	Chapitre 8 Les traitements systémiques - Question n° 32 - 10.4.2. Page 270 Chapitre 9 Les personnes âgées - Question n° 36 - 11.6.1. Page 302	Bristow 2006		> 75 %	< 65 %
Résultat/ Traitement	J - Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical		Bonte 2019 ; Querleu 2016 ; Cham 2019 ; Bartels 2019.	ACORESCA FHF UNICANCER	< 20 %	< 40 %



**A. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an**

◆ **Description générale**

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé et réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an
Définitions	<p>Cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec <u>carcinose</u> : la patiente doit avoir un diagnostic de carcinose péritonéale.</p> <p>La <u>chirurgie de l'ovaire</u> correspond pour cet indicateur à la chirurgie de cytoréduction. Cet acte chirurgical est estimé dans les BDMA par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un acte d'omentectomie par laparotomie ;</li> <li>• ou un acte d'omentectomie par coelioscopie associé à une autre résection locorégionale (appendicectomie, hystérectomie, curage pelvien et lombo-aortique, résection du cul -de -sac de Douglas, résection digestive, splénectomie).</li> </ul>
Population concernée	Patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose.
Numérateur (N) <i>Uniquement pour le niveau national, régional, GHT et 3C</i>	Nombre de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an.
Dénominateur (D) <i>Uniquement pour le niveau national, régional, GHT et 3C</i>	Nombre de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose (omentectomie par laparotomie ou par coelioscopie si associée à une autre résection locorégionale) quel que soit le type d'établissement.
Type d'indicateur	Structure
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ;</p> <p>avoir eu une chirurgie pour cancer de l'ovaire (omentectomie par laparotomie ou par coelioscopie si associée à une autre résection locorégionale).</p>
Critères de non-inclusion	<p>Tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune

<b>Modalités de calcul de l'indicateur</b>	<p><u>Méthodes de calcul :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour le niveau national, régional, GHT et 3C : Proportion = N/D * 100</li> <li>• Pour le niveau établissement : Nombre de chirurgies annuelles dans un même établissement en année <ul style="list-style-type: none"> <li>- établissement autorisé réalisant 20 chirurgies ou plus ;</li> <li>- établissement autorisé réalisant moins de 20 chirurgies ;</li> <li>- établissement non autorisé réalisant 20 chirurgies ou plus.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Informations complémentaires :</u> En complément d'information, l'indicateur sera calculé en fonction du type de chirurgie : chirurgie d'emblée versus chirurgie intervallaire.</p>
--	---

### ◆ Interprétation

<b>Intérêt de l'indicateur</b>	Permet de recentrer le parcours des patientes dans des centres experts en attendant que le régime d'autorisation soit actualisé
<b>Rationnel de l'indicateur</b>	<p>Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus, 2018, recommandation du Chapitre 6 : « Il est recommandé que la chirurgie d'un cancer de l'ovaire soit réalisée dans un centre réalisant au moins 20 cancers de stades avancés par an (Grade C). »</p> <p>Il s'agit également d'une volonté des parties intéressées : Association IMAGYN, ACORESCA et ARS.</p>
<b>Intégré aux IQSS de la HAS</b>	Non
<b>Limites et biais</b>	<p>Erreur de codage des BDMA</p> <p>Nous ne disposons pas actuellement de données sur la qualité de la résection.</p>
<b>Modalités d'interprétation</b>	<p>Indicateur de structure Phase du parcours : Traitement Valeur relative</p> <p>Pour la chirurgie de l'ovaire, il est recommandé de faire une résection macroscopiquement complète. La résection macroscopiquement complète n'est pas identifiable à partir des BDMA et est donc approchée ici par un acte d'omentectomie par laparotomie ou par cœlioscopie si associée à une autre résection locorégionale.</p> <p>Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.</p>
<b>Taux cibles (consensus d'experts)</b>	<p>Cible : &gt; 98 %</p> <p>Alerte si : &lt; 90 %</p>
<b>Comparaison possible</b>	Interrégionale, inter-établissement

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel établissement autorisé
Références bibliographiques	FRANCOGYN, 2019 Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l'ovaire au stade avancé (stades IIB à IV). Question n° 2 - 8.3.1. Page 204.
Organisme responsable de la collecte	ATI et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				A. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé réalisant un minimum de 20 omentectomies par laparotomie pour cancer de l'ovaire par an					
				≥18 ans					
				analyse complémentaire sur chirurgie d'emblée/chirurgie intervalaire					
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	avec carcinose péritonéale	omentectomie par laparotomie	omentectomie par coelio + autre résection	analyse complémentaire
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire						
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope						
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large						
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond						
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision						
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précises du péritoine						
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision						
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine						
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse						chimio néoadjuvante
Acte	CCAM	FCFC004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombosacrée avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FCFC005	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombosacrée, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FCFC003	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA018	Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie				Omentectomie par laparo		
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie					Omentectomie par coelio	
Acte	CCAM	JJFC004	Réséction partielle de l'ovaire, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC008	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC009	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC010	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA020	Colpo-hystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA016	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC007	Réséction ou cloisonnement du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas], par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FFFC001	Splénectomie totale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FFFC420	Splénectomie partielle, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC001	Réséction partielle atypique de la paroi de l'estomac n'interrompant pas la continuité, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC012	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC002	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC017	Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC014	Réséction segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC021	Réséction segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC016	Réséction segmentaire multiple de l'intestin grêle, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléocolic, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA023	Colectomie transverse, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFC031	Réséction rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFA017	Réséction rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose colocolic par voie anale					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFA004	Réséction rectosigmoïdienne avec anastomose colocolic intrapéritonéale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC296	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFC040	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC003	Réséction atypique du foie, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC004	Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC027	Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC032	Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC002	Lobectomie hépatique gauche, par coelioscopie					autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC037	Hépatectomie gauche, par coelioscopie					autre résection par coelio	

## B. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique

### ◆ Description générale

Libellé de l’indicateur	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique
Définition	<p>Patientes traitées pour un cancer de l’ovaire : patientes ayant reçu une chimiothérapie ou une chirurgie.</p> <p>Le scanner thoraco-abdominopelvien avec injection doit être réalisé dans un délai maximum de 3 mois avant chimiothérapie ou avant chirurgie pour être pris en compte dans le calcul de cet indicateur. Il ne s’agit pas d’un délai recommandé. La patiente peut avoir eu un scanner thoraco-abdominopelvien ou un scanner abdominopelvien et un scanner thoracique. Dans ce cas, le délai est calculé à partir du 1<sup>er</sup> examen d’imagerie réalisé.</p> <p>L’IRM abdomino-pelvienne doit être réalisée dans un délai maximum de 3 mois avant chimiothérapie ou avant chirurgie pour être prise en compte dans le calcul de cet indicateur. Il ne s’agit pas d’un délai recommandé. Elle doit être associée à un scanner thoracique.</p>
Population concernée	Patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine tous stades confondus.
Numérateur (N)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine et ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique dans un délai de 3 mois avant le premier traitement. Il ne s’agit en aucun cas d’un délai recommandé par le groupe d’experts. Ce délai a été défini uniquement pour la période de recherche de l’acte dans les BDMA.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine.
Type d’indicateur	Processus
Critères d’inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d’un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine quel que soit le stade ;</p> <p>avoir reçu un traitement pour cancer de l’ovaire.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional/Établissement</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu’une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune

Modalités de calcul de l'indicateur	<p>Méthode de calcul :</p> <p>Proportion = N/D * 100</p> <p>Informations complémentaires :</p> <p>En complément d'information, l'indicateur sera calculé en fonction du délai de réalisation de l'imagerie, dans un délai &lt; à 2 mois versus un délai entre 2 et 3 mois.</p>
-------------------------------------	--

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Le scanner est considéré comme l'examen de référence pour l'évaluation préopératoire de l'extension de la maladie intra-abdominale pour les cancers de l'ovaire en stade avancé. Il permet également d'évaluer la résecabilité potentielle, en indiquant des difficultés chirurgicales possibles (atteinte diffuse, mésentérico-digestive, du hile hépatique, lombo-aortiques sus-rénales, parenchymateuses hépatiques ou extra-abdominales).
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus, 2018, recommandations du Chapitre 1 :</p> <p>« Il est recommandé de réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection pour le bilan d'extension préthérapeutique d'une carcinose péritonéale a priori d'origine ovarienne, tubaire ou péritonéale primitive (Grade B). »</p> <p>« L'IRM peut être proposée, complétée par un scanner thoracique sans injection en cas de contre-indication à l'injection d'agent de contraste iodé (insuffisance rénale sévère, DFG &lt; 30 mL/min) (Grade C). »</p> <p>« Il est recommandé de réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection pour le bilan de résecabilité d'une carcinose ovarienne, tubaire ou péritonéale primitive (Grade B). »</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus</p> <p>Phase du parcours : Diagnostic</p> <p>Valeur relative</p> <p>Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>En cas d'allergie à l'injection d'iode ou insuffisance rénale sévère (DFG &lt; 30 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>), le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne sera pas possible. Dans ce cas, une IRM + un scanner thoracique est une option alternative</p> <p>L'examen d'imagerie est pour cet indicateur recherché dans un délai de 3 mois avant le premier traitement. Il ne s'agit en aucun cas d'un délai recommandé par le groupe d'experts. Ce délai a été défini uniquement pour la période de recherche de l'acte dans les BDMA.</p> <p>Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.</p>

Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 98 % Alerte si : < 95 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

### ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	FRANCOGYN, 2019 Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision - Question n° 3 - 3.6.1. Pages 67 et 70
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

### ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				B. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdominopelvienne et un scanner thoracique			
Population				≥18 ans			
Complément				analyse complémentaire : <2 mois; 2-3 mois			
						retenir la date du 1er traitement	3 mois avant 1er traitement
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	traitées (chirurgie ou chimio)	scanner TAP inj ou (IRM AP + scanner T)
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer		
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer		
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer		
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer		
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer		
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine		cancer		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer		
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse			chimio	
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			chirurgie	
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie			chirurgie	
Acte	CCAM	HPLB003	Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sous anesthésie générale			CHIP	
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée			chimio IP	
Acte	CCAM	HPLB007	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté			chimio IP	
Acte	CCAM	ZCQH002	Scanographie de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				scanner AP
Acte	CCAM	ZCQH001	Scanographie de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				scanner AP
Acte	CCAM	ZCQH033	Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste				scanner TAP
Acte	CCAM	ZCQN002	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				*
Acte	CCAM	ZCQJ004	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				*
Acte	CCAM	ZCQN001	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP
Acte	CCAM	ZCQJ005	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP
Acte	CCAM	ZCQN001	Remnographie [IRM] comportant 6 séquences ou plus				IRM AP
Acte	CCAM	ZBQK001	Scanographie du thorax, sans injection de produit de contraste				scanner T
Acte	CCAM	ZBQH001	Scanographie du thorax, avec injection de produit de contraste				scanner T
Acte	CCAM	ACQH002	Scanographie du crâne, de son contenu et du thorax, avec injection intraveineuse de produit de contraste				scanner T

\* Pour cet IQSS ces 2 codes n'ont pas été retenus car comme il s'agit du bilan d'extension, il faut un scanner abdominal ET pelvien.

## C. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne
Définitions	<p>Patientes opérées pour un cancer de l'ovaire sans carcinose : patientes sans envahissement ganglionnaire, ni carcinose, ni métastase et ayant eu une omentectomie par laparotomie ou coelioscopie. L'omentectomie permet d'identifier les cancers opérés.</p> <p>L'IRM pelvienne n'étant pas codée précisément dans les BDMA, nous retiendrons pour cet indicateur le code de l'IRM de l'abdomen. Cet examen doit être réalisé dans un délai de 3 mois maximum avant la chirurgie pour être pris en compte dans le calcul de l'indicateur.</p>
Population concernée	Patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose.
Numérateur (N)	Nombre de patientes opérées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose et ayant eu une IRM pelvienne dans les 3 mois avant la chirurgie.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes opérées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Âge $\geq$ 18 ans ; avoir eu une chirurgie pour cancer de l'ovaire (omentectomie par laparotomie ou coelioscopie).
Critères de non-inclusion	Carcinose ; tumeur à malignité intermédiaire ; métastases ovariennes ; cancer de localisation autre codé la même année ; problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National/Régional/Établissement Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion = $N/D * 100$

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	S'assurer de la qualité de la stratégie thérapeutique d'une patiente présentant une masse annexielle suspecte.
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus, 2019, recommandations du Chapitre 1 :</p> <p><i>«En cas de lésions ovariennes indéterminées* en échographie endovaginale et sus-pubienne, il est recommandé de réaliser une IRM pelvienne (Grade A). »</i></p> <p>Cet indicateur s'appuie également sur la publication d'une étude récente (cf. références bibliographiques).</p>

Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA  Les stades IIB ne sont pas identifiables à partir des BDMA et peuvent potentiellement être inclus à tort dans le calcul de cet indicateur. Leur proportion est néanmoins très faible.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Diagnostic Valeur relative  Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la chirurgie.  Les patientes ayant une contre-indication à l'IRM sont prises en compte dans les taux cibles et d'alerte.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 98 % Alerte si : < 95 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

#### ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	FRANCOGYN, 2019 Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision - Question n° 1 - 3.3.2. Page 30 Thomassin-Naggara, et al. Ovarian-Adnexal Reporting Data System Magnetic Resonance Imaging (O-RADS MRI) Score for Risk Stratification of Sonographically Indeterminate Adnexal Masses. JAMA Netw Open. 2020;3(1):e1919896.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

			C. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne				
Population			≥18 ans, sans carcinose péritonéale				
Complément							
			3 mois avant la première chirurgie				
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion si :	cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose	opérées	IRM AP
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire				
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope				
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large				
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond				
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision				
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine	carcinose péritonéale			
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision	carcinose péritonéale			
Diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviens	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision	métastase ganglionnaire			
Diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs	métastase			
Diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon	métastase			
Diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin	métastase			
Diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre	métastase			
Diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle	métastase			
Diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum	métastase			
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine	carcinose péritonéale			
Diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire de la foie et des voies biliaires intrahépatiques	métastase			
Diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassin	métastase			
Diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau	métastase			
Diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	métastase			
Diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse	métastase			
Diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire	métastase			
Diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale	métastase			
Diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés	métastase			
Diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé	métastase			
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			chirurgie	
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie			chirurgie	
Acte	CCAM	ZCQN002	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP*
Acte	CCAM	ZCQJ004	Remnographie [IRM] de l'abdomen ou du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP*
Acte	CCAM	ZCQN001	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], sans injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP
Acte	CCAM	ZCQJ005	Remnographie [IRM] de l'abdomen et du petit bassin [pelvis], avec injection intraveineuse de produit de contraste				IRM AP
Acte	CCAM	ZZQN001	Remnographie [IRM] comportant 6 séquences ou plus				IRM AP

\*Pour cet IQSS ces 2 codes sont retenus car il s'agit de l'exploration d'une masse annexielle

## D. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique
Définitions	<p>Patientes traitées pour un cancer de l'ovaire : patientes ayant reçu une chimiothérapie ou une chirurgie. L'omentectomie permet d'identifier les cancers opérés.</p> <p>La coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique doit être réalisée dans un délai de 6 semaines avant le 1<sup>er</sup> traitement pour être prise en compte dans le calcul de l'indicateur. Il ne s'agit en aucun cas d'un délai recommandé par le groupe d'experts. Ce délai a été défini uniquement pour la période de recherche de l'acte dans les BDMA. Il s'agit d'une coelioscopie sans aucune exérèse (le code CCAM retenu pour la coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique est identique qu'il y ait biopsie ou non). La coelioscopie doit être le 1<sup>er</sup> acte. Mais, elle peut être réalisée le jour même de la chirurgie. La coelioscopie thérapeutique n'est pas considérée au numérateur de l'indicateur.</p>
Population concernée	Patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose.
Numérateur (N)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique.
Dénominateur (D)	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ;</p> <p>avoir reçu un traitement (chirurgie ou chimiothérapie) pour cancer de l'ovaire.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Adénectomie cervicale ou axillaire dans les 6 semaines ;</p> <p>tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional/Établissement</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p>Méthode de calcul :</p> <p>Proportion = <math>N/D * 100</math></p>

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	La coelioscopie pré-thérapeutique permet une évaluation de la charge tumorale (résécabilité). Elle a également une valeur diagnostique car toute carcinose n'est pas d'origine ovarienne.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus,2018, recommandation du Chapitre 1 : « La coelioscopie est recommandée pour l'évaluation pré-thérapeutique de la résécabilité des cancers de l'ovaire, tubaire et péritonéal primitif (Grade A). »  Il s'agit également d'une volonté des parties intéressées : FHF et UNICANCER.
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques et du volume de patients.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Diagnostic Valeur relative  Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant le 1 <sup>er</sup> traitement.  Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.  La coelioscopie pré-thérapeutique n'est pas indiquée pour certaines patientes (fragilité, âge avancé, non opérabilité, biopsie faite en radiologie interventionnelle, lésions extrêmement volumineuses). Ces caractéristiques sont également prises en compte dans les taux cibles et d'alerte.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 80 % Alerte si : < 65 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	FRANCOGYN, 2019 Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision - Question n° 4 - 3.7.1. Page 73
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				D. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique				
Population				≥18 ans, avec carcinose péritonéale				
Complément				6 semaines avant autre traitement			6 semaines avant autre traitement	retenir la date du 1er traitement
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	avec carcinose péritonéale	coelioscopie d'évaluation	traitement (chirurgie, chimio)
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer			
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer			
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer			
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer			
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer			
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine		cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine			carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse					chimio
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie					chirurgie
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie					chirurgie
Acte	CCAM	HPLB003	Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie (Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale), sous anesthésie générale					CHIP
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée					chimioIP
Acte	CCAM	HPLB007	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté					chimioIP
Acte	CCAM	ZCOO002	Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice]				coelio explo	
Acte	CCAM	FCFA028	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique du cou à visée thérapeutique, par cervicotomie	adénectomie cervicale				
Acte	CCAM	FCFA018	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique des membres à visée thérapeutique, par abord direct	adénectomie axillaire				

**E. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie**

◆ Description générale

Libellé de l’indicateur	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie
Définitions	<p>Patientes traitées pour un cancer de l’ovaire : patientes ayant reçu une chimiothérapie ou une chirurgie.</p> <p>Le premier traitement correspond à un acte de chirurgie (l’omentectomie permet d’identifier les cancers opérés) ou une chimiothérapie.</p> <p>La coelioscopie peut être thérapeutique ou pré-thérapeutique.</p> <p>La biopsie peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit une biopsie réalisée pendant la coelioscopie comprise implicitement dans le code de coelioscopie,</li> <li>• soit une biopsie réalisée dans un autre temps : radio-guidée ou chirurgicale extra-abdominale.</li> </ul>
Population concernée	Patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine tous stades confondus.
Numérateur (N)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la première date de coelioscopie ou biopsie.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant une biopsie/coelioscopie dans les 6 semaines avant premier traitement. Il ne s’agit en aucun cas d’un délai recommandé par le groupe d’experts. Ce délai a été défini uniquement pour la période de recherche de l’acte dans les BDMA.
Type d’indicateur	Processus
Critères d’inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d’un cancer de l’ovaire, de la trompe ou du péritoine tous stades confondus ;</p> <p>avoir reçu un 1<sup>er</sup> traitement : chirurgie ou chimiothérapie ;</p> <p>avoir eu une coelioscopie ou une biopsie.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Coelioscopie thérapeutique seule ;</p> <p>tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu’une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l’indicateur	Méthode de calcul :

	<p>Proportion = N/D * 100</p> <p><u>Informations complémentaires :</u>  En complément d'information, l'indicateur sera calculé pour 3 situations : cœlioscopie pré-thérapeutique, cœlioscopie thérapeutique, biopsie extra-abdominale.  Analyse de la distribution des délais entre cœlioscopies/biopsies et le premier traitement survenu dans un délai de 6 mois.</p>
--	---

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Réduire les délais entraînant des pertes de chances entre le diagnostic et le premier traitement (plan cancer).
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus, 2018, recommandation du Chapitre 1 : « La cœlioscopie est recommandée pour l'évaluation préthérapeutique de la résécabilité des cancers de l'ovaire, tubaire et péritonéal primitif (Grade A) ».</p> <p>Cet indicateur s'appuie sur une forte volonté des parties intéressées : Acoresca, ARS, Association IMAGYN, Comité de démocratie sanitaire, FHF, UNHPC-FHP et UNICANCER.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	Non car non imputable à un établissement unique.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus  Phase du parcours : Diagnostic/Traitement  Valeur relative</p> <p>Le résultat est imputable à l'établissement qui réalise la cœlioscopie et à l'établissement qui réalise le premier traitement. Les comparaisons inter établissements ne sont pas possibles pour cet indicateur.</p> <p>Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de cancers rares.</p> <p>Les taux cibles et d'alerte prennent également en compte les patientes ayant une complication retardant l'acte thérapeutique suivant.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : &gt; 90 %</p> <p>Alerte si : &lt; 75 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	Aucune
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				E. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie			
Population				≥18 ans			
Complément				analyse complémentaire fonction du geste : coelio d'évaluation ou thérapeutique			
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	premier traitement	coelioscopie explo/therap/biopsie
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer		
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer		
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer		
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer		
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer		
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précises du péritoine		cancer		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer		
Diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée				
Diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou				
Diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques				
Diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux				
Diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur				
Diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur				
Diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviers				
Diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples				
Diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision				
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse			chimio	
Acte	CCAM	FCFC004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombosacral avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	FCFC003	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	JKFA018	Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal				coelioscopie
Acte	CCAM	JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			chirurgie	coelioscopie
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie			chirurgie	coelioscopie
Acte	CCAM	JJFC004	Réséction partielle de l'ovaire, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	JJFC008	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	JJFC009	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	JJFC010	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal				coelioscopie
Acte	CCAM	JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal				coelioscopie
Acte	CCAM	JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	HPLB003	Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sous anesthésie générale			CHIP	
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée			Chimo IP	
Acte	CCAM	HPLB001	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté			Chimo IP	
Acte	CCAM	ZQC002	Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratoire]				coelioscopie
Acte	CCAM	HFHA016	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	HPFC001	Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [mésos] sans résection intestinale, par coelioscopie				coelioscopie
Acte	CCAM	FCFA012	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique du cou à visée diagnostique, par cervicotomie				biopsie
Acte	CCAM	FCFA021	Exérèse de nœud [ganglion] lymphatique des membres à visée diagnostique, par abord direct				biopsie
Acte	CCAM	FCHB001	Ponction ou cytoponction de nœud [ganglion] lymphatique, par voie transcutanée sans guidage				biopsie
Acte	CCAM	GGB002	Biopsie de la plèvre, par voie transcutanée sans guidage				biopsie
Acte	CCAM	HLHU006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	HLHU006	Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique				biopsie
Acte	CCAM	HLHU005	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	HLHU007	Biopsie du foie sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ001	Biopsie d'un organe superficiel sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ022	Biopsie d'organe superficiel sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ013	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ001	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage radiologique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ008	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ009	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage remographique [IRM]				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ019	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage échographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ012	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage radiologique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ010	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage scanographique				biopsie
Acte	CCAM	ZZHJ017	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage remographique [IRM]				biopsie

## F. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique
Définitions	<p>Patientes traitées pour un cancer de l'ovaire : patientes ayant reçu une chimiothérapie ou une chirurgie.</p> <p>Cancer de l'ovaire ou de la trompe stade présumé précoce : le stade n'étant pas identifiable dans les BDMA, seules les patientes sans carcinose péritonéale sont incluses pour le calcul de cet indicateur.</p> <p>L'omentectomie et la lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique peuvent ne pas être réalisées dans le même temps opératoire mais le délai entre les deux actes doit être de 1 mois maximum. L'annexectomie peut être isolée du reste de la chirurgie.</p>
Population concernée	Patientes ayant été traitées pour un cancer de l'ovaire ou de trompe sans carcinose péritonéale.
Numérateur (N)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose péritonéale à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose péritonéale à un stade présumé précoce.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose péritonéale à un stade présumé précoce ;</p> <p>avoir reçu au moins un traitement pour cancer de l'ovaire.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA ;</p> <p>patientes sans carcinose ni chimiothérapie (stade avancé de type IIB).</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional/Établissement</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p>Méthode de calcul :</p> <p>Proportion = <math>N/D * 100</math></p>

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Permet de confirmer le stade de la maladie et favoriser ainsi une adéquation entre le stade et la stratégie thérapeutique ultérieure, en particulier pour l'indication d'un traitement de maintenance par thérapies ciblées.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur un parangonnage international permettant d'identifier trois articles scientifiques faisant référence à des indicateurs de qualité proches de celui-ci (cf. références bibliographiques).  Il s'agit également d'une volonté des parties intéressées : FHF.
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques et du volume de patients.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Diagnostic Valeur relative  Le résultat est imputable à l'établissement réalisant le 1 <sup>er</sup> traitement.  L'appendicectomie fait partie des actes recommandés pour la stadification. Cet acte n'est néanmoins pas considéré dans le calcul de cet indicateur car il est souvent présent dans les antécédents du patient.  Les taux tiennent compte de possibles comorbidités et difficultés à réaliser un traitement complet.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 85 % Alerte si : < 75 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	Bonte AS, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. Eur J Surg Oncol. 2019 Apr;45(4):528-537. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.051. Epub 2018 Oct 12. PubMed PMID: 30337202.  Galvan-Turner VB, Chang J, Ziogas A, Bristow RE. Observed-to-expected ratio for adherence to treatment guidelines as a quality of care indicator for ovarian cancer. Gynecol Oncol. 2015 Dec;139(3):495-9.  Liang et al. Setting the bar: compliance with ovarian cancer quality indicators at a National Cancer Institute-designated Comprehensive Cancer Center. Gynecol Oncol. 2015 Sep;138(3):689-93.
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				F. Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique			
Population				≥18 ans, stade précoce			
Complément						retenir la date du 1er traitement	omentectomie/lymphadénectomie distants de max 1 mois
Type de code	nomenclature	code	Libellé	stade précoce. Exclusion si :	cancer de l'ovaire ou de la trompe	traitées (chirurgie, chimio)	omentectomie/lymphadénectomie
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer		
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer		
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer		
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer		
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer		
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine		carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelvien		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs		métastase		
Diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon		métastase		
Diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin		métastase		
Diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre		métastase		
Diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle		métastase		
Diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum		métastase		
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine		carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques		métastase		
Diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassin		métastase		
Diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau		métastase		
Diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales		métastase		
Diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisées		métastase		
Diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse		métastase		
Diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire		métastase		
Diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale		métastase		
Diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé		métastase		
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse			chimio	
Acte	CCAM	FCFC004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombo-aortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie				curage lombo-aortique
Acte	CCAM	FCFA022	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombo-aortique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par laparotomie				curage lombo-aortique
Acte	CCAM	FCFC005	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombo-aortique, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie				curage lombo-aortique
Acte	CCAM	FCFA010	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombo-aortique, par laparotomie				curage lombo-aortique
Acte	CCAM	FCFC003	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie				curage pelvien
Acte	CCAM	HPFA006	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pelvien, par laparotomie				curage pelvien
Acte	CCAM	HPFA004	Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie		chirurgie		omentectomie
Acte	CCAM	HPFC002	Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie		chirurgie		omentectomie
Acte	CCAM	HPLB003	Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sous anesthésie générale			CHIP	
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée			chimioIP	
Acte	CCAM	HPLB007	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté			chimioIP	

## G. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante
Définitions	<p><u>Cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé</u> : patientes avec envahissement ganglionnaire sous ou sus diaphragmatique ou carcinose péritonéale ou métastase.</p> <p><u>La chirurgie d'intervalle</u> correspond à la chirurgie de cytoréduction (omentectomie par laparotomie).</p> <p>La chirurgie d'intervalle intervient après le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> cycle de chimiothérapie néoadjuvante.</p> <p><u>La chimiothérapie néoadjuvante</u> ne se trouve pas sur la liste en sus et est donc identifiée à partir des codes CIM-10.</p>
Population concernée	Patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé par chimiothérapie néoadjuvante et chirurgie d'intervalle.
Numérateur (N)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après chimiothérapie néoadjuvante.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle après chimiothérapie néoadjuvante.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ;</p> <p>avoir eu une chirurgie d'intervalle ;</p> <p>avoir reçu une chimiothérapie néoadjuvante.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Chirurgie de clôture (essai en cours pour savoir si on opère après C3 ou C6) ;</p> <p>tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p><u>Méthode de calcul</u> :</p> <p>Proportion = <math>N/D * 100</math></p>

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Anticipation de l'organisation des soins inter établissement afin de réduire les délais entre la chimiothérapie néoadjuvante et la chirurgie d'intervalle et entraînant des pertes de chances pour la patiente.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur une volonté des parties intéressées : Association IMAGYN, FHF et UNICANCER.
Intégré aux IQSS de la HAS	Non car non imputable à un établissement unique.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.  Les stades IIB ne sont pas identifiables à partir des BDMA et peuvent potentiellement ne pas être inclus dans le calcul de cet indicateur. Leur proportion est néanmoins très faible.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative  Le résultat est imputable à l'établissement qui réalise la chimiothérapie néoadjuvante et à l'établissement qui réalise la chirurgie d'intervalle. Les comparaisons inter établissements ne sont pas possibles pour cet indicateur.  Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.  Certaines patientes sont incluses dans des essais thérapeutiques pouvant impacter les délais. La notion d'essais thérapeutiques n'étant pas présente dans les BDMA, cette proportion de patientes est prise en compte dans les taux cibles et d'alerte.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 90 % Alerte si : < 75 %
Comparaison possible	Interrégionale

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	Aucune
Organisme responsable de la collecte	ATIH et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

			G. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante				
Population			≥18 ans, stade avancé				
Complément							
			cancer ovaire avancé avec chimio néoadjuvante		3-6 semaines après la dernière chimio néoadjuvante	1er traitement=chimio (avec ou sans chirurgie ensuite)	
Type de code nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	stade avancé	chirurgie d'intervalle	chimio néoadjuvante
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire	cancer			
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope	cancer			
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large	cancer			
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond	cancer			
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision	cancer			
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précises du péritoine	cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision	cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de laisselle et du membre supérieur		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviens		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision		métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs		métastase		
Diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poulmon		métastase		
Diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin		métastase		
Diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre		métastase		
Diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle		métastase		
Diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum		métastase		
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine		carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques		métastase		
Diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassinnet		métastase		
Diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau		métastase		
Diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales		métastase		
Diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse		métastase		
Diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire		métastase		
Diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale		métastase		
Diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés		métastase		
Diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé		métastase		
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse				chimio
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			chirurgie	

## H. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction
Définitions	<p>La chimiothérapie adjuvante ne se trouve pas sur la liste en sus et est donc identifiée à partir des codes CIM-10 et actes CCAM de chimiothérapie intrapéritonéale et de CHIP.</p> <p>La <u>chirurgie de cytoréduction</u> correspond pour le calcul de cet indicateur à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un acte d'omentectomie par laparotomie ;</li> <li>• ou à un acte d'omentectomie par coelioscopie associé à un acte de résection locorégionale (appendicectomie, hystérectomie, curage pelvien et lombo-aortique, résection du cul-de-sac de Douglas, résection digestive, splénectomie).</li> </ul>
Population concernée	Patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de la trompe ou du péritoine, tous stades confondus, traitées par chimiothérapie.
Numérateur (N)	Nombre de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant reçu une chimiothérapie adjuvante après chirurgie de cytoréduction.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire tous stades confondus ;</p> <p>avoir reçu une chimiothérapie adjuvante ;</p> <p>avoir eu une chirurgie de cytoréduction ;</p> <p>avoir eu ou non de la chimiothérapie néoadjuvante.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p>Méthode de calcul :</p> <p>Proportion = <math>N/D * 100</math></p>

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Anticipation de l'organisation des soins inter établissement afin de réduire les délais entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante et entraînant des pertes de chances pour la patiente.
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus,2018, recommandations des Chapitres 6, 8 et 9 :</p> <p>« Un délai inférieur à 6 semaines entre la chirurgie et l'initiation de la chimiothérapie adjuvante est recommandé pour les cancers de stade avancé de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif (Grade C). » ;</p> <p>« Il est recommandé de débiter la chimiothérapie moins de 6 semaines après la chirurgie de cytoréduction des cancers de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif avancés (Grade C). » ;</p> <p>« Un traitement systémique identique à celui des patientes plus jeunes (bithérapie à base de sels de platine) est recommandé pour le traitement des cancers ovariens, tubaires et péritonéaux primitifs chez les patientes âgées non vulnérables (Grade B). »</p> <p>Cet indicateur s'appuie aussi sur un parangonnage international permettant d'identifier trois articles scientifiques faisant référence à des indicateurs de qualité proches de celui-ci (cf. références bibliographiques).</p> <p>Il s'agit également d'une volonté des parties intéressées : ACORESCA, Association IMAGYN, FHF, UNHPC-FHP et UNICANCER.</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	Non car non imputable à un établissement unique.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de processus</p> <p>Phase du parcours : Traitement</p> <p>Valeur relative</p> <p>Le résultat est imputable à l'établissement qui réalise la chimiothérapie adjuvante et à l'établissement qui réalise la chirurgie de cytoréduction. Les comparaisons inter établissements ne sont pas possibles pour cet indicateur.</p> <p>Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.</p> <p>Les complications post-opératoires pouvant retarder l'initiation de la chimiothérapie sont également prises en compte dans les taux cibles et d'alerte.</p>
Taux cibles (consensus d'experts)	<p>Cible : &gt; 90 %</p> <p>Alerte si : &lt; 75 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale

◆ **Élaboration et qualités**

<b>Sources et origines</b>	Plateforme de données en cancérologie
<b>Référentiels</b>	CIM-10, CCAM
<b>Références bibliographiques</b>	<p>FRANCOGYN, 2019</p> <p>Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l’ovaire au stade avancé (stade IIB à IV) - Question n° 26a - 8.3.1. Page 204</p> <p>Chapitre 8 Les traitements systémiques - Question n° 32 - 10.4.2. Page 271</p> <p>Chapitre 9 Les personnes âgées - Question n° 36 - 11.6.1. Page 302</p> <p>Bonte AS, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. Eur J Surg Oncol. 2019 Apr;45(4):528-537. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.051. Epub 2018 Oct 12. PubMed PMID: 30337202.</p> <p>ElNaggar et al. Time to chemotherapy in ovarian cancer: Compliance with ovarian cancer quality indicators at a National Cancer Institute-designated Comprehensive Cancer Center. Gynecol Oncol. 2018 Dec;151(3):501-505.</p> <p>Liang et al. Setting the bar: compliance with ovarian cancer quality indicators at a National Cancer Institute-designated Comprehensive Cancer Center. Gynecol Oncol. 2015 Sep;138(3):689-93.</p>
<b>Organisme responsable de la collecte</b>	ATIH et Assurance Maladie
<b>Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche</b>	INCa et HAS
<b>Date de validation de la fiche</b>	23/05/2021

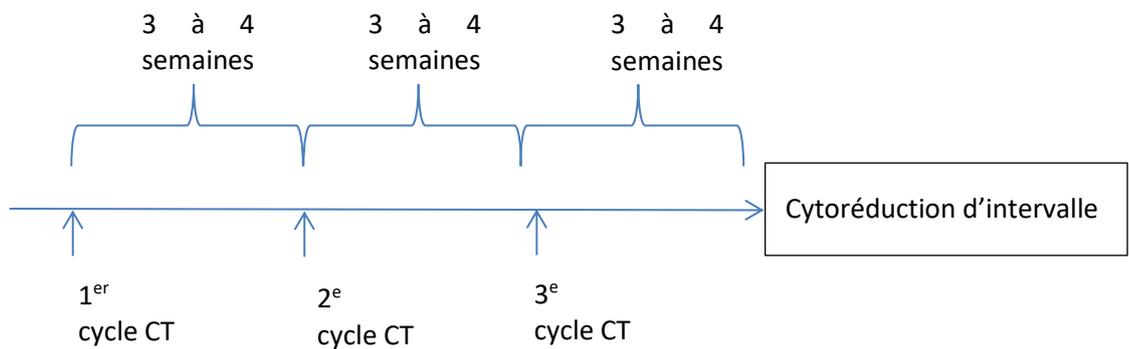
## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				H. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction				
Population				≥18 ans				
Complément								
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	omentectomie par laparotomie	omentectomie par coelio + autre résection	6 semaines après l'omentectomie chimio adjuvante
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer			
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer			
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer			
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer			
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer			
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine		cancer			
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer			
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse					chimio
Acte	CCAM	HPFC007	Réséction ou cloisonnement du cul-de-sac recto-utérin [de Douglas], par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FCFC004	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombosartique avec curage iliaque unilatéral ou bilatéral, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FCFC005	Curage lymphonodal [ganglionnaire] lombosartique, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FCFC003	Curage lymphonodal [ganglionnaire] pévien, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA018	Hystérectomie totale, par coelioscopie et par abord vaginal				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFC005	Hystérectomie totale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			Omentectomie par laparo		
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie				omentectomie par coelio	
Acte	CCAM	JJFC004	Réséction partielle de l'ovaire, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC008	Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC009	Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JJFC010	Salpingoovariectomie [Annexectomie], par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie et par abord vaginal				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par coelioscopie et par abord vaginal				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	JKFA003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HPLB003	Administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie [Chimiohyperthermie anticancéreuse intrapéritonéale], sous anesthésie générale					ChIP
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée					chimio IP
Acte	CCAM	HPLB007	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté					chimio IP
Acte	CCAM	HHFA016	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FFFC001	Splénectomie totale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	FFFC420	Splénectomie partielle, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC001	Réséction partielle atypique de la paroi de l'estomac n'interrompant pas la continuité, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC012	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC002	Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojunal, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC017	Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HGFC014	Réséction segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HGFC021	Réséction segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HGFC016	Réséction segmentaire multiple de l'intestin grêle, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA023	Colectomie transverse, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFC031	Réséction rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFA017	Réséction rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose colobasale par voie anale				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HJFA004	Réséction rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale intrapéritonéale, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC296	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFC040	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC003	Réséction atypique du foie, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC004	Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC027	Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC032	Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC002	Lobectomie hépatique gauche, par coelioscopie				autre résection par coelio	
Acte	CCAM	HLFC037	Hépatectomie gauche, par coelioscopie				autre résection par coelio	

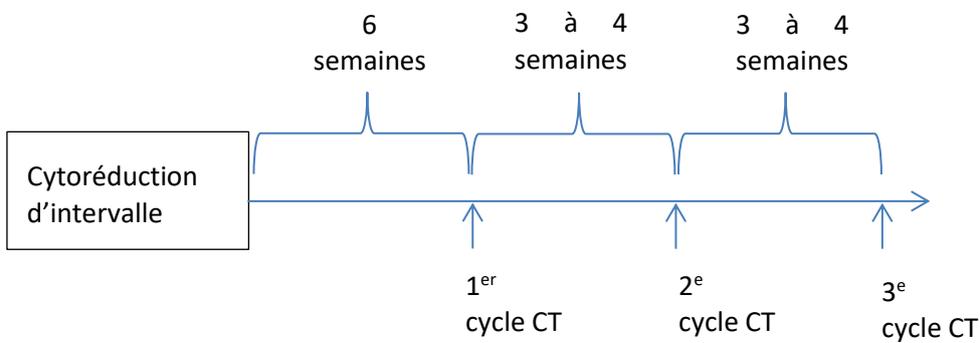
**I. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante**

**Standard**

**Chimiothérapie néoadjuvante**



**Chimiothérapie adjuvante**



**Option :** 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante et 2 (à 4) cycles de chimiothérapie adjuvante

◆ Description générale

<b>Libellé de l'indicateur</b>	<b>Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante</b>
<b>Définitions</b>	<p><u>Cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée</u> : avec envahissement ganglionnaire sous ou sus diaphragmatique ou carcinose péritonéale ou métastase.</p> <p><u>La chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante</u> ne se trouve pas sur la liste en sus et est donc identifiée à partir des codes CIM-10. Elle est toujours réalisée en MCO.</p> <p>La <u>chirurgie de cytoréduction d'intervalle</u> correspond pour le calcul de cet indicateur à un acte d'omentectomie par laparotomie. Elle intervient 4 semaines après la dernière cure des 3 cycles de chimiothérapie néoadjuvante.</p> <p>Il existe 2 schémas d'administration des 3 cycles de la chimiothérapie : les séances peuvent intervenir toutes les 3 à 4 semaines maximum ou de façon hebdomadaire.</p> <p>La chimiothérapie néoadjuvante peut donc durer de 9 semaines (3 cycles de 3 semaines/9 cycles d'une semaine) à 16 semaines maximum (4 cycles de 4 semaines).</p> <p>La chimiothérapie adjuvante peut donc durer de 3 (au minimum 2 cycles de 3 semaines/6 cycles d'une semaine) ou à 12 semaines maximum (4 cycles de 4 semaines).</p>
<b>Population concernée</b>	Patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée .
<b>Numérateur (N)</b>	Nombre de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante.
<b>Dénominateur (D)</b>	Nombre de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu de la chimiothérapie en premier traitement.
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de processus.
<b>Critères d'inclusion</b>	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérable/résécable d'emblée ;</p> <p>avoir eu une chimiothérapie en premier traitement.</p>
<b>Critères de non-inclusion</b>	<p>Chirurgie première ;</p> <p>tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
<b>Niveaux géographiques</b>	<p>National/Régional/Établissement</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Ajustement</b>	Aucun
<b>Stratification</b>	Aucune

Modalités de calcul de l'indicateur	Méthode de calcul : Proportion = N/D * 100
-------------------------------------	---

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	S'assurer de prodiguer aux patientes la meilleure séquence thérapeutique possible au regard de la littérature dans un contexte de chimiothérapie en premier traitement.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire/Thésaurus, 2018, recommandations des Chapitres 8 et 9 : « La réalisation de la chirurgie d'intervalle est recommandée après 3 à 4 cycles de traitement des cancers de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stades avancés (Grade C). Le nombre de cycles de chimiothérapie adjuvante sera de 2 à 4, après la chirurgie de cytoréduction d'intervalle, pour un total (cycles néoadjuvants + cycles adjuvants) de 6 à 9 cycles maximum (Grade C). »; « Un traitement systémique identique à celui des patientes plus jeunes (bithérapie à base de sels de platine) est recommandé pour le traitement des cancers ovariens, tubaires et péritonéaux primitifs chez les patientes âgées non vulnérables (Grade B). »
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques et du volume de patients.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	Indicateur de processus Phase du parcours : Traitement Valeur relative  Le résultat de l'indicateur est imputable à l'établissement réalisant la chimiothérapie néoadjuvante  Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.  Les patientes non opérables/résécables malgré la chimiothérapie première sont également prises en compte dans les taux cibles et d'alerte.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 75 % Alerte si : < 65 %
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Plateforme de données en cancérologie
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	FRANCOGYN, 2019 Chapitre 8 Les traitements systémiques - Question n° 32 - 10.4.2. Page 270 Chapitre 9 Les personnes âgées - Question n° 36 - 11.6.1. Page 302 Bristow RE, Chi DS. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy and interval surgical cytoreduction for advanced ovarian cancer : a meta-analysis. Gynecol Oncol. 2006 Dec;103(3):1070-6
Organisme responsable de la collecte	ATI et Assurance Maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa et HAS
Date de validation de la fiche	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				I. Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante				
Population				≥18 ans, stade avancé				
Complément				avec ou sans chimio adjuvante				
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	stade avancé	chirurgie de l'intervalle	chimio néoadjuvante/adjuvante
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer			
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer			
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer			
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer			
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer			
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précisées du péritoine		cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer	carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C770	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de la tête, de la face et du cou			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C771	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrathoraciques			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C772	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intra-abdominaux			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C773	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de l'aisselle et du membre supérieur			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C774	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques inguinaux et du membre inférieur			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C775	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques intrapelviques			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C778	Tumeur maligne secondaire et non précisée des ganglions lymphatiques de sièges multiples			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C779	Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision			métastase ganglionnaire		
Diagnostic	CIM	C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs			métastase		
Diagnostic	CIM	C780	Tumeur maligne secondaire du poumon			métastase		
Diagnostic	CIM	C781	Tumeur maligne secondaire du médiastin			métastase		
Diagnostic	CIM	C782	Tumeur maligne secondaire de la plèvre			métastase		
Diagnostic	CIM	C783	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires, autres et non précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C784	Tumeur maligne secondaire de l'intestin grêle			métastase		
Diagnostic	CIM	C785	Tumeur maligne secondaire du gros intestin et du rectum			métastase		
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine			carcinose péritonéale		
Diagnostic	CIM	C787	Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques			métastase		
Diagnostic	CIM	C788	Tumeur maligne secondaire des organes digestifs, autres et non précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C790	Tumeur maligne secondaire du rein et du bassinnet			métastase		
Diagnostic	CIM	C791	Tumeur maligne secondaire de la vessie et des organes urinaires, autres et non précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C792	Tumeur maligne secondaire de la peau			métastase		
Diagnostic	CIM	C793	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales			métastase		
Diagnostic	CIM	C794	Tumeur maligne secondaire de parties du système nerveux, autres et non précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C795	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse			métastase		
Diagnostic	CIM	C796	Tumeur maligne secondaire de l'ovaire			métastase		
Diagnostic	CIM	C797	Tumeur maligne secondaire de la glande surrénale			métastase		
Diagnostic	CIM	C798	Tumeur maligne secondaire d'autres sièges précisés			métastase		
Diagnostic	CIM	C799	Tumeur maligne secondaire de siège non précisé			métastase		
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse					chimio
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie				chirurgie	

## J. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical
Définitions	<p>Patientes opérées d'un cancer de l'ovaire : patientes ayant eu un geste chirurgical, quel qu'il soit, sur l'ovaire. L'omentectomie permet d'identifier les cancers opérés.</p> <p>Les complications prises en compte pour cet indicateur sont : toute reprise chirurgicale (GHM C), toute réhospitalisation, une durée de passage en réanimation ou soins intensifs &gt; 72 h lors de la chirurgie (omentectomie), les gestes de suture, libération, hémostase, drainage, pansement et évacuation de collection, les décès.</p> <p>Les complications sont prises en compte dès le jour de l'intervention.</p>
Population concernée	Patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, tous stades confondus.
Numérateur (N)	Nombre de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical.
Dénominateur (D)	Nombre de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine.
Type d'indicateur	Résultat
Critères d'inclusion	<p>Âge ≥ 18 ans ;</p> <p>être atteinte d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ;</p> <p>avoir eu une chirurgie pour cancer de l'ovaire.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Patientes ayant de la chimiothérapie avant les 30 jours post-opératoires ;</p> <p>tumeur à malignité intermédiaire ;</p> <p>métastases ovariennes ;</p> <p>cancer de localisation autre codé la même année ;</p> <p>problème de chaînage entre les différents séjours des BDMA.</p>
Niveaux géographiques	<p>National/Régional/Établissement</p> <p>Le dénominateur doit être supérieur ou égal à 11 pour qu'une diffusion soit envisagée.</p>
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Proportion = <math>N/D * 100</math></p> <p>Informations complémentaires :</p> <p>En complément d'information, l'indicateur sera calculé en fonction de la présence ou non de carcinose au moment de la chirurgie, en fonction de la survenue d'un décès versus une autre complication et en fonction d'un traitement ou non par CHIP.</p>

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Mesure de l'efficacité de l'acte chirurgical et de la prise en charge post-opératoire immédiate.
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur un parangonnage international permettant d'identifier deux articles scientifiques faisant référence à des indicateurs de qualité proches de celui-ci (cf. références bibliographiques).</p> <p>Il s'agit également d'une volonté des parties intéressées : ACORESCA, FHF et UNICANCER.</p> <p>La détermination des taux cibles et d'alerte s'appuie sur deux articles scientifiques (Cham 2019 ; Bartels 2019).</p>
Intégré aux IQSS de la HAS	En cours de discussion - sous réserve de ses qualités métrologiques et du volume de patients.
Limites et biais	Erreur de codage des BDMA.
Modalités d'interprétation	<p>Indicateur de résultat</p> <p>Phase du parcours : Traitement</p> <p>Valeur relative</p> <p>Le résultat est imputable à l'établissement ayant réalisé l'acte chirurgical.</p> <p>Les tumeurs rares ne sont pas concernées par cet indicateur mais ne sont pas identifiables à partir des BDMA. Dans l'attente de la disponibilité des CR d'anatomopathologie dans la PDC, les seuils choisis sont adaptés afin de prendre en compte les variations induites par la présence de tumeurs rares.</p>
Taux cibles (consensus d'experts + références bibliographiques)	<p>Cible : &lt; 20 %</p> <p>Alerte si : &gt; 40 %</p>
Comparaison possible	Interrégionale, inter-établissement

◆ **Élaboration et qualités**

<b>Sources et origines</b>	Plateforme de données en cancérologie
<b>Référentiels</b>	CIM-10, CCAM
<b>Références bibliographiques</b>	<p>Bonte AS, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. Eur J Surg Oncol. 2019 Apr;45(4):528-537. doi : 10.1016/j.ejso.2018.10.051. Epub 2018 Oct 12. PubMed PMID : 30337202.</p> <p>Querleu, et al. European Society of Gynaecologic Oncology Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery. Int J Gynecol Cancer. 2016 Sep;26(7):1354-63.</p> <p>Cham S, Chen L, St Clair CM, Hou JY, Tergas AI, Melamed A, Ananth CV, Neugut AI, Hershman DL, Wright JD. Development and validation of a risk-calculator for adverse perioperative outcomes for women with ovarian cancer. Am J Obstet Gynecol. 2019 Jun;220(6):571.e1-571.e8</p> <p>Bartels HC, Rogers AC, Postle J, Shields C, Mulow J, Conneely J, Brennan DJ. Morbidity and mortality in women with advanced ovarian cancer who underwent primary cytoreductive surgery compared to cytoreductive surgery for recurrent disease : a meta-analysis. Pleura Peritoneum. 2019 Jun 28;4(2):20190014.</p> <p>van Driel WJ, Koole SN, Sikorska K, Schagen van Leeuwen JH, Schreuder HWR, Hermans RHM, de Hingh IHJT, van der Velden J, Arts HJ, Massuger LFAG, Aalbers AGJ, Verwaal VJ, Kieffer JM, Van de Vijver KK, van Tinteren H, Aaronson NK, Sonke GS. Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2018 Jan 18;378(3):230-240. doi : 10.1056/NEJMoa1708618. PMID : 29342393.</p> <p>Fagotti A, Ferrandina MG, Vizzielli G, Pasciuto T, Fanfani F, Gallotta V, Margariti PA, Chiantera V, Costantini B, Gueli Alletti S, Cosentino F, Scambia G. Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer (SCORPION-NCT01461850). Int J Gynecol Cancer. 2020 Nov;30(11):1657-1664. doi : 10.1136/ijgc-2020-001640. Epub 2020 Oct 7. PMID : 33028623.</p>
<b>Organisme responsable de la collecte</b>	ATIH et Assurance Maladie
<b>Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche</b>	INCa et HAS
<b>Date de validation de la fiche</b>	23/05/2021

## ◆ Liste des codes utilisés pour le calcul de l'indicateur

				J. Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical				
				≥18 ans, tout stade				
				analyse complémentaire : sans ou avec carcinose au moment de la chirurgie, CHIP / pas CHIP, décès/autre complication				
				au moment de la chirurgie				
Type de code	nomenclature	code	Libellé	exclusion	cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine	opérées	complication	analyse complémentaire : sans ou avec carcinose
Diagnostic	CIM	C56	Tumeur maligne de l'ovaire		cancer			
Diagnostic	CIM	C570	Tumeur maligne d'une trompe de Fallope		cancer			
Diagnostic	CIM	C571	Tumeur maligne d'un ligament large		cancer			
Diagnostic	CIM	C572	Tumeur maligne d'un ligament rond		cancer			
Diagnostic	CIM	C574	Tumeur maligne des annexes de l'utérus sans précision		cancer			
Diagnostic	CIM	C481	Tumeur maligne de parties précises du péritoine		cancer			carcinose péritonéale
Diagnostic	CIM	C482	Tumeur maligne du péritoine sans précision		cancer			carcinose péritonéale
Diagnostic	CIM	C786	Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine					carcinose péritonéale
Diagnostic	CIM	Z511	Séance de chimiothérapie anticancéreuse	chimio				
Acte	CCAM	HPFA004	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie			chirurgie		
Acte	CCAM	HPFC002	Réséction du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie			chirurgie		
Acte	CCAM	HPLB002	Séance d'injection intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par voie transcutanée	Chimio IP				
Acte	CCAM	HPLB007	Séance d'administration intrapéritonéale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté	Chimio IP				
Acte	CCAM	HGPA004	Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aigüe, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	DGCA001	Suture de plaie de l'aorte abdominale, d'une artère iliaque commune et/ou d'une artère iliaque externe, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	DHCA001	Suture de plaie de la veine cave inférieure rétrohépatique ou suprahépatique, ou des veines hépatiques, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	EDCA001	Suture de plaie d'artère digestive, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	EDCA002	Suture de plaie d'artère rénale, par laparotomie ou par lombotomie				complication	
Acte	CCAM	EDCC015	Suture de plaie d'artère digestive, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	EGCA002	Suture de plaie du tronc ou des branches viscérales de la veine iliaque et/ou de la veine cave inférieure infrahépatique, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	EHCA008	Suture de plaie de la veine porte et/ou de l'une de ses branches principales, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	FFSA001	Hémostase splénique avec conservation de la rate, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	FFSC272	Hémostase splénique avec conservation de la rate, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HFA003	Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HFCC001	Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HGCA002	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HGCC031	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HGPC015	Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aigüe, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HCQA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HCQA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HJCA001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HJCC001	Suture de plaie ou de perforation intrapéritonéale du rectum, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HJCD001	Suture de plaie du rectum par voie anale, avec réparation du muscle sphincter externe de l'anus				complication	
Acte	CCAM	HJCD002	Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus				complication	
Acte	CCAM	HJJA001	Drainage d'une fistule rectovaginale acquise				complication	
Acte	CCAM	HJPA001	Mise à plat d'une fistule rectovaginale acquise, par périnéotomie				complication	
Acte	CCAM	HLH002	Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage scanographique				complication	
Acte	CCAM	HLH004	Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	HLSA001	Hémostase de lésion du foie, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HLSC012	Hémostase de lésion du foie, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	HNCA006	Suture de plaie du pancréas avec reconstruction du conduit pancréatique, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HPFA002	Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aigüe, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	HPFC003	Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aigüe, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	JACA001	Suture de plaie ou de fracture du rein limitée au parenchyme, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	JACA001	Hémostase de plaie ou de fracture du rein par pose de fillet périnéal, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	JCCA003	Suture de plaie ou de rupture de l'uretère, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	JCCA003	Suture de plaie ou de rupture de l'uretère, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				complication	
Acte	CCAM	JDCA003	Suture de plaie ou de rupture de vessie, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	JDCC016	Suture de plaie ou de rupture de vessie, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	JECA002	Suture de plaie de l'urètre périnéal				complication	
Acte	CCAM	JKCA001	Hystérorraphie, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	JKCD001	Suture de plaie du col de l'utérus				complication	
Acte	CCAM	LLCA003	Suture de plaie ou de rupture récente d'une coupole du diaphragme, par thoracotomie				complication	
Acte	CCAM	LLCA005	Suture de plaie ou de rupture récente de la coupole du diaphragme, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	LLCC001	Suture de plaie ou de rupture récente d'une coupole du diaphragme, par thoracoscopie				complication	
Acte	CCAM	LLCC003	Suture de plaie ou de rupture récente de la coupole du diaphragme, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	LMSA002	Fermeture d'une évacuation abdominale, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	OZJB002	Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage				complication	
Acte	CCAM	ZCJC001	Évacuation de collection intraabdominale, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie				complication	
Acte	CCAM	ZZJU009	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU001	Évacuation de collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage remographique [IRM]				complication	
Acte	CCAM	OZJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main				complication	
Acte	CCAM	OZJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face				complication	
Acte	CCAM	OZJA003	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur moins de 1% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA004	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA005	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA006	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguëale				complication	
Acte	CCAM	OZJA007	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 10% à 30% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA008	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 30% à 60% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA009	Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	OZJA010	Pansement chirurgical secondaire de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 1% à 10% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA011	Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	OZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main				complication	
Acte	CCAM	OZJA013	Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale				complication	
Acte	CCAM	OZJA014	Pansement chirurgical initial de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur plus de 60% de la surface corporelle				complication	
Acte	CCAM	OZJA015	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face				complication	
Acte	CCAM	OZJA016	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main				complication	
Acte	CCAM	OZJA017	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face				complication	

Acte	CCAM	OZJA023	Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale				complication	
Acte	CCAM	ZZJU001	Évacuation de collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage remographique [IRM]				complication	
Acte	CCAM	ZZJU002	Évacuation de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU003	Évacuation d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU004	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU005	Drainage de collection d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU006	Drainage de collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage remographique [IRM]				complication	
Acte	CCAM	ZZJU007	Drainage d'une collection d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU008	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU009	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU010	Drainage de plusieurs collections d'un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU011	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie intracavitaire avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU012	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJU013	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH001	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH002	Évacuation d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH003	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH004	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH005	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH006	Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH007	Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage radiologique				complication	
Acte	CCAM	ZZJH008	Évacuation de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique				complication	
Acte	CCAM	LMMA004	Cure d'événement postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	LMMA005	Réparation de perte de substance transfixante de la paroi abdominale par lambeau libre et prothèse				complication	
Acte	CCAM	LMMA006	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	LMMA007	Réfection de la paroi lombale avec prothèse				complication	
Acte	CCAM	LMMA009	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	LMMA010	Cure d'événement postopératoire de la paroi abdominale antérieure sans pose de prothèse, par abord direct				complication	
Acte	CCAM	LMMC015	Cure d'événement postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	LMMC020	Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie				complication	
Acte	CCAM	OZJB002	Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage				complication	
Acte	CCAM	ZCJA001	Évacuation de collection intraabdominale, par rectotomie				complication	
Acte	CCAM	ZCJA002	Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	ZCJA003	Évacuation de collection intraabdominale, par colpotomie				complication	
Acte	CCAM	ZCJA004	Évacuation de plusieurs collections intraabdominales, par laparotomie				complication	
Acte	CCAM	ZCJA005	Évacuation de collection intraabdominale, par thoracotomie				complication	

## 5. CONCLUSION

À l'issue de la phase d'expertise, dix indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont été sélectionnés par les experts comme étant des éléments clés du parcours de soins d'une patiente atteinte d'un cancer de l'ovaire.

Ces indicateurs concernent aussi bien la phase de diagnostic que la phase de traitement, phases durant lesquelles plusieurs acteurs interviennent dans le parcours de soins de la patiente. L'objectif n'était pas ici de couvrir l'ensemble du parcours de soins mais d'en évaluer des points clés.

Cette sélection d'indicateurs a également pour avantage d'associer des indicateurs de processus à des indicateurs de résultats. En effet, la France accuse un certain retard en termes d'indicateurs de résultats (Véran 2017). Ces indicateurs sont pourtant indispensables pour mesurer les effets de l'évolution des pratiques de soins (Ministère des solidarités et de la santé 2017). La notion de pertinence de soins est également évaluée par plusieurs indicateurs, avec pour objectif de limiter les actes potentiellement délétères et inutiles. Enfin, ces indicateurs répondent aux besoins exprimés par les parties intéressées. Ils complètent l'ensemble des indicateurs de qualité existants.

Il faut néanmoins souligner que cette sélection d'indicateurs est restreinte à la disponibilité des données présentes dans les bases de données médico-administratives. Par exemple, l'absence d'information dans ces bases sur le type anatomopathologique du cancer ou encore sur la qualité de la chirurgie a limité la possibilité de développer certains indicateurs semblant pourtant essentiels aux membres du groupe de travail pour mesurer la qualité des parcours de soins. La possibilité de développer ces indicateurs sera réévaluée régulièrement, notamment lors de la mise en place du dossier communicant de cancérologie.

La diffusion des résultats des indicateurs, prévue de façon annuelle, sera également une phase clef du projet. Deux modalités de diffusion sont envisagées : la diffusion aux seuls acteurs de soins concernés, permettant ainsi d'inscrire les indicateurs dans le pilotage interne de la qualité et la diffusion publique pour les indicateurs répondant aux critères suivants : indicateur imputable à l'établissement, minimum de 11 cas dénombrés, valeur prédictive positive et négative conforme aux attendus, comparaison inter établissement des résultats de l'indicateur pertinente pour améliorer la qualité de la prise en charge. Les indicateurs répondant à ces critères pourront être diffusés publiquement. Il est essentiel que les professionnels de santé s'approprient ces nouveaux outils de pilotage local mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'enjeu est majeur puisqu'il s'agit de réduire les inégalités d'accès à la santé et de donner les mêmes chances à tous les patients, partout en France.

## BIBLIOGRAPHIE

- Bartels HC, Rogers AC, Postle J, Shields C, Mulsow J, Conneely J, Brennan DJ. Morbidity and mortality in women with advanced ovarian cancer who underwent primary cytoreductive surgery compared to cytoreductive surgery for recurrent disease: a meta-analysis. *Pleura Peritoneum*. 2019 Jun 28;4(2):20190014.
- Bonte AS, Luyckx A, Wyckmans L, Trinh XB, van Dam PA. Quality indicators for the management of endometrial, cervical and ovarian cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2019 Apr;45(4):528-537. doi: 10.1016/j.ejso.2018.10.051. Epub 2018 Oct 12. PubMed PMID: 30337202.
- Bristow, et al. « Sociodemographic disparities in advanced ovarian cancer survival and adherence to treatment guidelines. » *Obstet Gynecol*. 2015 Apr;125(4):833-42.
- Bristow RE, Chi DS. Platinum-based neoadjuvant chemotherapy and interval surgical cytoreduction for advanced ovarian cancer: a meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2006 Dec;103(3):1070-6.
- Cham S, Chen L, St Clair CM, Hou JY, Tergas AI, Melamed A, Ananth CV, Neugut AI, Hershman DL, Wright JD. Development and validation of a risk-calculator for adverse perioperative outcomes for women with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Jun;220(6):571.e1-571.e8.
- Cowppli-Bony et al. 2016. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 – Partie 1 – Tumeurs solides*. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa.
- Defossez, et al. 2019. « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. » Saint-Maurice: Santé Publique France.
- Donabedian. 1966. « Evaluating the Quality of Medical Care ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3) : Suppl : 166-206.
- Donabedian. 1988. « The Quality of Care. How Can It Be Assessed? » *JAMA* 260 (12) : 1743-48.
- ElNaggar et al. Time to chemotherapy in ovarian cancer: Compliance with ovarian cancer quality indicators at a National Cancer Institute-designated Comprehensive Cancer Center. *Gynecol Oncol*. 2018 Dec;151(3):501-505.
- Fitch, et al. 2001. « The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual ». Product Page. 2001. [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269.html](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html).
- Galvan-Turner VB, Chang J, Ziogas A, Bristow RE. Observed-to-expected ratio for adherence to treatment guidelines as a quality of care indicator for ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2015 Dec;139(3):495-9.
- Institut national du cancer, Ministère des affaires sociales et de la santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2014. « Plan Cancer 2014-2019 ». <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.
- Groupe FRANCOGYN (Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique), en partenariat avec la SFOG (Société française d'oncologie gynécologique) et ARCAGY-GINECO sous l'égide du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français). *Conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire/Thésaurus*, novembre 2019.
- Liang et al. Setting the bar: compliance with ovarian cancer quality indicators at a National Cancer Institute-designated Comprehensive Cancer Center. *Gynecol Oncol*. 2015 Sep;138(3):689-93.

Marshall, et al. 2003. « Measuring General Practice ». Product Page. 2003. [https://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1725.html](https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1725.html).

Ministère des solidarités et de la santé. 2017. « Stratégie nationale de santé 2018-2022 ». [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf).

OECD. 2017. « Tackling Wasteful Spending on Health ». Paris: OECD. [oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health](http://oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health).

Querleu, et al. European Society of Gynaecologic Oncology Quality Indicators for Advanced Ovarian Cancer Surgery. Int J Gynecol Cancer. 2016 Sep;26(7):1354-63.

Thomassin-Naggara, et al. Ovarian-Adnexal Reporting Data System Magnetic Resonance Imaging (O-RADS MRI) Score for Risk Stratification of Sonographically Indeterminate Adnexal Masses. JAMA Netw Open. 2020;3(1):e1919896.

Véran. 2017. « L'évolution des modes de financement des établissements de santé ». Ministère des affaires sociales et de la santé.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Plateforme de données en cancérologie

À la suite d'une délibération de la CNIL, l'Institut dispose d'un entrepôt de données homologué SNDS et intitulé Plateforme de données en cancérologie<sup>8</sup>. Cette plateforme comprend les données de la cohorte cancer (extraction des données du SNDS). Les données issues du SNDS sont disponibles, celles des registres vont progressivement être intégrées. Celles du dépistage seront issues du système national des dépistages lorsque celui-ci aura été constitué.

Les données des registres ainsi que celles du dépistage seront appariées aux données de la cohorte selon une méthode indirecte déterministe ou probabiliste. Dans les deux cas, l'Institut dispose d'une autorisation CEREES – CNIL pour le chaînage de ces données à la cohorte cancer.

Cet entrepôt de données sera progressivement complété par d'autres sources de données, notamment avec des documents issus du Dossier communicant de cancérologie (DCC).

### La cohorte cancer

#### ◆ Une extraction du SNDS...

La cohorte cancer est une extraction du SNDS pour toute personne identifiée comme ayant ou ayant eu une tumeur solide ou une hémopathie maligne (cas incident ou prévalent) depuis 2010. Elle compte à ce jour 7,7 millions de personnes. Une personne entre dans la cohorte dès lors qu'elle a une hospitalisation en secteur MCO considérée en lien avec le cancer, une ALD pour cancer, de la radiothérapie en secteur libéral (la radiothérapie publique donne lieu à une hospitalisation et sera identifiée via la PMSI), le remboursement d'un médicament anticancéreux en ville ou en rétrocession ou certains actes CCAM d'anatomopathologie.

Toutes les consommations de soins quelles qu'elles soient des personnes incluses sont extraites de l'année précédant l'inclusion jusqu'aux 25 années suivantes. La durée du suivi a pour but d'étudier :

- la survie et les récurrences à long terme pour les cancers de bon pronostic ;
- les effets secondaires à long terme des traitements ;
- la survenue de seconds cancers ;
- le devenir à l'âge adulte des personnes atteintes de cancer pendant l'enfance.

Ainsi, la cohorte apporte de la connaissance pour permettre une meilleure planification des soins, l'évaluation des prises en charge et l'évaluation de politiques de santé. Elle apporte en effet une vision à la fois transversale selon différents axes (période, type de cancer, âge, zone géographique...) et longitudinale et permet un suivi régulier des activités, globale ou par axe, par la production de tableaux de bord thématiques : hospitalisation, chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, populations spécifiques (enfants, personnes âgées, cancers rares...).

---

<sup>8</sup> Délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) N°2019-082 en date du 20 juin 2019 autorisant l'Institut national du cancer à constituer un entrepôt de données de santé, dénommé «Plateforme de données en cancérologie», nécessaire à la mise en œuvre de ses missions de service public.

Délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) N°2019-083 en date du 20 juin 2019 autorisant l'Institut national du cancer à mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins de recherche, d'étude et d'évaluation basés sur la « Plateforme de données en cancérologie ».

Elle permet aussi l'analyse des parcours de soins, le recours à de nouveaux médicaments à condition qu'ils soient inscrits sur la liste en sus, en ATU, en rétrocession ou délivrés en officine.

### ◆ ... Enrichie

Des variables complémentaires, déduites des informations du SNDS ont été créées afin de mieux caractériser à la fois le cancer – type (*in situ*, invasif, envahissement ganglionnaire ou métastatique) ou localisation (appareil, organe) – la personne et sa consommation de soins par année.

L'appariement avec d'autres bases de données a pour objectif d'adjoindre des informations qui font actuellement défaut (cliniques, anatomopathologiques, biologiques, génomiques...). Dans un premier temps certaines de ces données seront issues des bases des registres des cancers avant d'envisager d'autres sources complémentaires.

### ◆ Alimentation

Chaque nouvelle année N, une fois par an (en année N+1), les identifiants de l'année N correspondant aux critères d'inclusion sont recherchés. La CNAM procède à l'extraction des consommations de soin de ces personnes :

- consommations des années N – 1 et N pour les nouveaux entrants dans la cohorte ;
- consommations de l'année N pour les personnes déjà présentes dans la cohorte,

et fournit les données à l'Institut selon les modalités définies par la convention qui lie les deux organismes.

### Les données des registres des cancers

Les registres des cancers ont des missions nationales de veille et de recherche. Ils colligent des caractéristiques fines des cancers et couvrent la population adulte à hauteur de 20 % et à 100 % celle des enfants. Les registres sont évalués par le Comité d'Évaluation des Registres (CER) dans le cadre de la procédure de qualification qui porte sur leur qualité, leur intérêt pour la santé publique et la recherche et leur opportunité par rapport à la politique nationale développée dans leur domaine. 28 registres ont intégré un partenariat financier et scientifique dont fait partie l'Institut.

### Les données du dépistage

Lorsque le système national des dépistages aura été constitué, les données nationales des dépistages organisés seront progressivement intégrées (cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus). Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) couvrent tout le territoire national. Ils colligent des informations relatives à la participation au dépistage, le niveau de risque des personnes, le diagnostic d'une tumeur détectée ainsi que le(s) premier(s) traitement(s). Le pilotage opérationnel et technique des programmes de dépistage, ainsi que l'évaluation organisationnelle, est assuré par l'Institut.

## **Annexe 2 : Requête Pubmed parangonnage IQSS**

(cancer\*[ti] OR tumor\*[ti] OR tumour\*[ti] OR neoplas\*[ti] OR malignanc\*[ti] OR malignit\*[ti] OR adenocarcinoma\*[ti] OR carcinoma\*[ti] OR leukemia[ti] OR leukaemia[ti] OR chondrosarcoma[ti] OR ependymoma[ti] OR glioma[ti] OR liposarcoma[ti] OR lymphoma[ti] OR melanoma[ti] OR meningioma[ti] OR mesothelioma[ti] OR myeloma[ti] OR neuroblastoma[ti] OR oligodendroglioma[ti] OR retinoblastoma[ti] OR sarcoma[ti])

AND (ovarian[tiab] OR ovary[tiab] OR epithelial[tiab])

AND (quality[tiab] OR efficiency[tiab] OR effectiveness[tiab] OR efficacy[tiab] OR performance[tiab])

AND indicator\*[ti]

AND hasabstract[text]

AND (French[lang] OR English[lang])

AND ("2014/01/01"[PDAT] : "2019/12/08"[PDAT])

### Annexe 3 : Liste des indicateurs proposés par les experts mais non retenus pour le processus de sélection

Phase du parcours de soins	Indicateur	Thématique	Faisable à partir de la plateforme de données	Raison de la non sélection
Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une recherche de mutation BRCA	Oncogénétique	non	Nous n'avons pas pour le moment au sein de la plateforme de données les données de génétique moléculaire. Nous travaillons actuellement sur le compte-rendu de génétique moléculaire afin de le rendre interopérable et de l'intégrer au dossier communicant de cancérologie puis à notre plateforme de données.
Diagnostic	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de haut grade ayant une recherche somatique de la mutation BRCA 1 ou 2	Oncogénétique	non	Nous n'avons pas pour le moment au sein de la plateforme de données les données de génétique moléculaire. Nous travaillons actuellement sur le compte-rendu de génétique moléculaire afin de le rendre interopérable et de l'intégrer au dossier communicant de cancérologie puis à notre plateforme de données.
Diagnostic	Accès à oncogénétique avec test tumoral/somatique	Oncogénétique	non	Nous ne disposons pas des données d'oncogénétique
Diagnostic	Proportion dossier discute en RCP 100%	RCP	non	Nous n'avons pas pour le moment au sein de la plateforme de données les données de RCP au niveau national.
Diagnostic	Dossier présenté en RCP+++	RCP	non	Nous n'avons pas pour le moment au sein de la plateforme de données les données de RCP au niveau national.
Épidémiologie	Proportion de patiente décédée dans l'année qui suit le diagnostic de cancer de l'ovaire	survie	non	Faisable mais non retenu dans le cadre des IQSS car il s'agit d'un indicateur épidémiologie déjà calculé par les registres

Traitement	Participation essai thérapeutique	essais cliniques	non	Nous ne disposons pas des données sur l'inclusion des patientes
Traitement	La possibilité d'accès à des essais thérapeutiques	essais cliniques	non	Nous ne disposons pas des données sur l'inclusion des patientes
Traitement	La formation des chirurgiens devrait être un critère	formation	non	Nous n'avons pas d'information sur les professionnels de santé
Traitement	Proportion de patiente ayant participé activement au choix du schéma thérapeutique, après entretien et discussion dans le cadre d'une prise de décisions partagée selon les critères HAS (ou autres) : discussion des différentes options thérapeutiques, explicitation des risques et bénéfices attendus, etc.	information patients	non	Nous ne disposons pas des données sur le contenu verbal des consultations
Traitement	Taux de chirurgie complète cible au moins 65%	résidu tumoral	non	Nous ne savons pas si le résidu tumoral est bien nul
Traitement	Taux de chirurgie avec résidu macroscopique nul	résidu tumoral	non	Nous ne savons pas si le résidu tumoral est bien nul
Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé avec une chirurgie de cytoréduction complète opérée en chirurgie première	résidu tumoral	non	Nous ne pouvons pas savoir à partir des bases de données si la cytoréduction est bien complète ou pas
Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé opérée avec une chirurgie complète (i.e. résidu tumoral nul)	résidu tumoral	non	Nous ne savons pas si le résidu tumoral est bien nul
Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé opérée dont le résidu tumoral en fin de chirurgie est reporté	résidu tumoral	non	Nous n'avons pas le détail du compte-rendu opératoire
Traitement	Proportion de patiente avec cancer de l'ovaire opérée par chirurgie première par laparotomie avec un résidu tumoral	résidu tumoral	non	Nous n'avons pas le détail du compte-rendu opératoire

## Annexe 4 : Processus de sélection des indicateurs

N°	Phase du parcours de soins	Indicateurs	Pré-liste ou ajout des experts	Sélectionné au 1 <sup>er</sup> tour	Discussion face-à-face	Sélectionné au 2 <sup>e</sup> tour	Liste finale pour la phase de test
1	Activité/ Traitement	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire au stade avancé (stade IIB à IV) dans un centre réalisant moins de 20 chirurgies du cancer de l'ovaire au stade avancé.	Pré-liste	Non			
2	Structure/ Traitement	Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire au stade avancé (stade IIB à IV) dans un établissement autorisé.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	A - Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose dans un établissement autorisé et réalisant un minimum de 20 chirurgies de l'ovaire par an
3	Processus/ Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une échographie endovaginale et suspubienne.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
4	Processus/ Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique sans injection pour le bilan d'extension.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	B - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection ou une IRM abdomino-pelvienne et un scanner thoracique
5	Processus/ Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une coelioscopie pour l'évaluation pré-thérapeutique de la résécabilité.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	D - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine avec carcinose ayant eu une coelioscopie d'évaluation pré-thérapeutique
6	Processus/ Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet.	Pré-liste	Oui	Exclu		

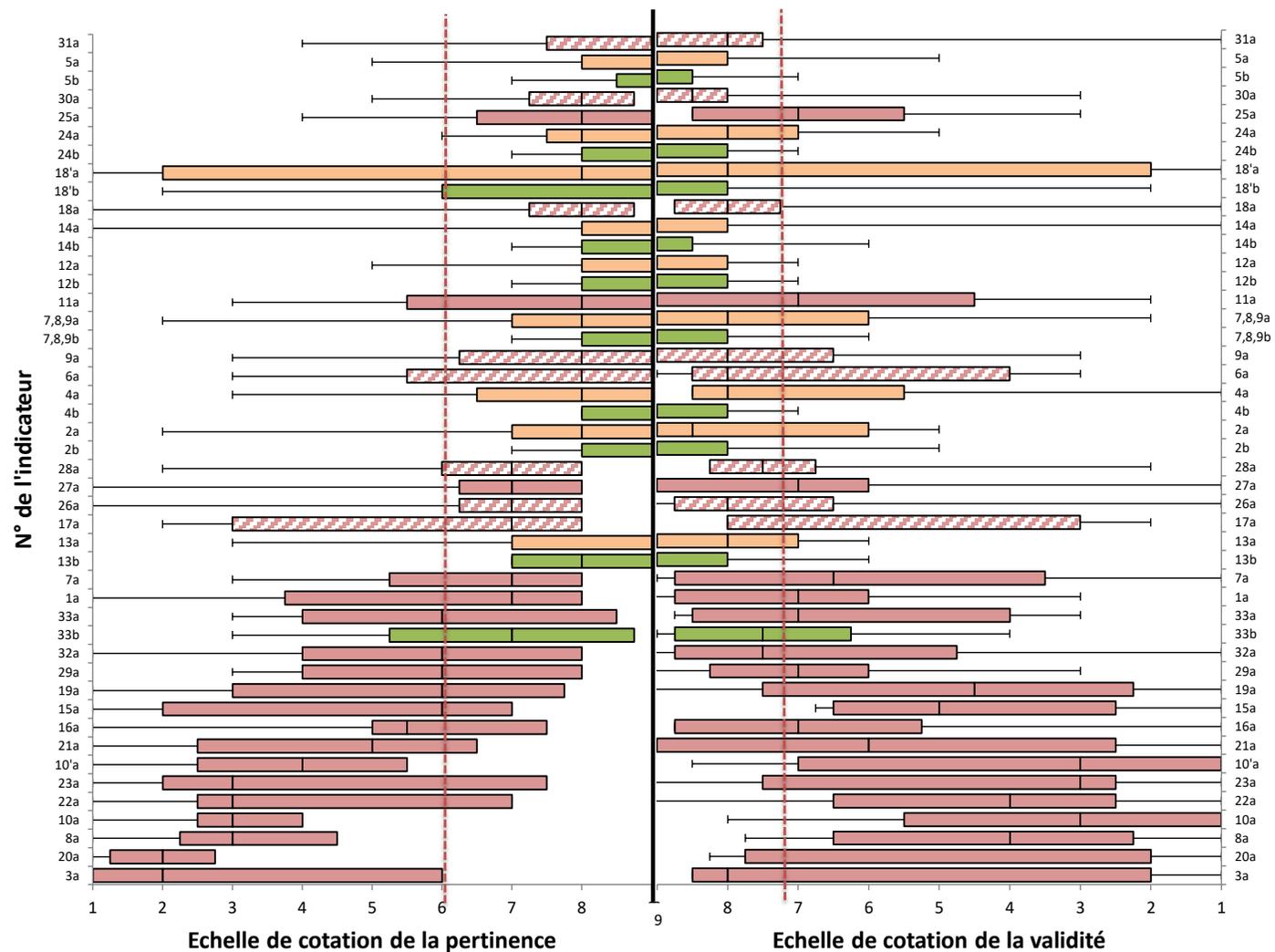
7	Processus/ Stadification	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie.	Pré-liste	Non			
8	Processus/ Stadification	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade présumé précoce ayant eu une appendicectomie.	Pré-liste	Non			
9	Processus/ Stadification	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade présumé précoce ayant eu une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique.	Pré-liste	Oui	Exclu		
<b>Combi- naison 7, 8 et 9</b>	Processus/ Stadification	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie, une appendicectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique pour réaliser une stadification chirurgicale.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	E - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire ou de la trompe à un stade présumé précoce ayant eu une omentectomie et une lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique
10	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire épithélial étendu au-delà des ovaires ayant eu une chirurgie conservatrice de l'utérus.	Pré-liste	Non			
10bis	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire épithélial non étendu au-delà des ovaires ayant eu une chirurgie conservatrice de l'utérus.	Pré-liste	Non			
11	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une coelioscopie ou une chirurgie dans un délai de moins de 3 semaines à compter de la date de l'imagerie.	Pré-liste	Non			
12	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu un premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie.	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	F - Proportion de patientes traitées pour un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant eu le premier traitement (chirurgie ou chimiothérapie) dans un délai de moins de 4 semaines à compter de la date de la coelioscopie ou de la biopsie

13	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant reçu une chirurgie d'intervalle dans un délai de XX semaines après la fin de la chimiothérapie néoadjuvante.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	G - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine de stade avancé ayant eu une chirurgie d'intervalle dans un délai de 3 à 6 semaines après le dernier cycle de chimiothérapie néoadjuvante
14	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	H - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine ayant reçu une première cure de chimiothérapie adjuvante dans un délai inférieur à 6 semaines à compter de la date de chirurgie de cytoréduction
15	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire avec métastases pulmonaires ayant eu une chimiothérapie néoadjuvante.	Pré-liste	Non			
16	Processus/ Traitement	Proportions de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif aux stades précoces (stade I-IIA) de haut grade histologique ou de stade avancé ayant eu une chimiothérapie adjuvante.	Pré-liste	Non			
17	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu le bon nombre de cycles de chimiothérapie adjuvante en fonction du stade: stade IA ou IB : entre 3 et 6 cycles de chimiothérapie adjuvante; stades > FIGO IC : 6 cycles de chimiothérapie adjuvante; stade ≥ FIGO IA ayant eu 6 cycles de chimiothérapie adjuvante (carcinome séreux de haut grade) ; stade avancé (IIB-IV) ayant reçu au moins 6 cycles de chimiothérapie adjuvante.	Pré-liste	Oui	Exclu		
18	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé (IIB-IV) ayant eu une chirurgie d'intervalle après avoir reçu 3 ou 4 cycles de chimiothérapie.	Pré-liste	Oui	Exclu		

18bis	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé (IIB-IV) ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	I - Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé et non opérables/résécables d'emblée ayant eu le schéma suivant : 3 à 4 cycles de chimiothérapie néoadjuvante + cytoréduction d'intervalle + 2 à 4 cycles de chimiothérapie adjuvante
19	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé (IIB-IV), traitées par bevacizumab en association avec la chimiothérapie moins de 4 semaines après la chirurgie première ou intervallaire de cytoréduction, dont le bevacizumab a été omis au cycle 1.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
20	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stade avancé (IIB-IV), ayant reçu une hormonothérapie.	Pré-liste	Non			
21	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif ayant reçu des héparines de bas poids moléculaire après cytoréduction.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
22	Processus/ Suivi	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovarien, tubaire ou péritonéale primitif ayant une surveillance systématique par scanner thoraco-abdomino-pelvien.	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
23	Résultat/ Traitement	Proportion de patientes ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie	Pré-liste	Désaccord	Exclu		
24	Résultat/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant été ré hospitalisées dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical pour complication post-opératoire.	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	J - Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine, ayant eu une complication dans les 30 jours suivant l'acte chirurgical

25	Résultat/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire décédées dans les 90 jours suivant l'acte chirurgical.	Pré-liste	Non			
26	Processus/ Traitement	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une restadification chirurgicale par voie coelioscopique.	Ajout	Oui	Exclu		
27	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé opérée après 3 ou 4 cures de chimiothérapie.	Ajout	Non			
28	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé opérée après 6 cures de chimiothérapie.	Ajout	Oui	Exclu		
29	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé opérée après 6 cures de chimiothérapie et ayant eu au moins 2 cycles de chimiothérapie après la chirurgie de cytoreduction.	Ajout	Non			
30	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé et qui n'ont pas bénéficié de chirurgie de cytoréduction.	Ajout	Oui	Exclu		
31	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé et qui n'ont pas bénéficié de chimiothérapie.	Ajout	Oui	Exclu		
32	Processus/ Traitement	Proportion de patiente avec un cancer de l'ovaire de stade avancé et ayant bénéficié d'une chimiothérapie hyperthermique intra-péritonéale.	Ajout	Non			
33	Processus/ Diagnostic	Proportion de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire ayant eu une IRM pelvienne pour caractérisation.	Ajout	Non	Récupéré et reformulé	Oui	C - Proportion de patientes opérées d'un cancer de l'ovaire ou de la trompe sans carcinose ayant eu une IRM pelvienne

## Annexe 5 : Résultats des deux tours de cotation des experts



**Légende :**

Les boîtes représentent la médiane et les interquartiles des cotations.

- Non sélectionné à l'issue du 1<sup>er</sup> tour de cotation
- Non sélectionné à l'issue du face-à-face
- Sélectionné à l'issue du 1<sup>er</sup> tour de cotation et du face-à-face
- Non sélectionné à l'issue du 2<sup>e</sup> tour de cotation
- Sélectionné à l'issue du 2<sup>e</sup> tour de cotation

- - - Limites de sélection  
 > à 6 pour la pertinence  
 > à 7 pour la validité

## Annexe 6 : Rationnel complet des indicateurs

### IQSS A

#### ◆ Recommandation

Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l’ovaire au stade avancé (stades IIB à IV)

Question n° 2 – 8.3.1. Page 204

- Il est recommandé que la chirurgie d’un cancer de l’ovaire soit réalisée dans un centre réalisant au moins 20 cancers de stade avancés par an (**Grade C**).

#### ◆ Contributions des parties intéressées

##### > Association IMAGYN

- Pour une meilleure prise en charge et un gain de chances de survie, proposer un centre spécialisé pour le traitement. Pour le cancer de l’ovaire ainsi que les autres cancers gynécologiques pelviens, IMAGYN préconise aux patientes de se faire traiter dans des centres experts car il s’agit là de pathologies très spécifiques.

##### > ACORESCA

- Cancer rare nécessitant une prise en charge par centre expert dès le diagnostic : en faire un critère de qualité? Par type d’ES et/ou passage en RCP de recours ?
- Catégorie d’établissement pour la prise en charge chirurgicale

##### > ARS

- Trop d’établissements autorisés font du cancer de l’ovaire – Nécessité de disposer d’une expertise spécifique. Traitement au coup par coup en urgence générateur de perte de chance – il ne s’agit pas d’une intervention d’urgence. Prise en charge précoce par centre expert insuffisante – ne pas générer des pertes de chance. Le cancer de l’ovaire n’augmente pas et sa prise en charge chirurgicale et le suivi de l’état global du patient doit être réalisé par un centre spécialisé en lien avec une structure de proximité
- Garantir une prise en charge experte pour des actes isolés (chirurgie spécialisée) et favoriser cependant une prise en charge de proximité selon et dès que les situations cliniques le permettent tout en assurant une prise en charge globale et partagée de chaque patient ( DMP – PACCO GLOBULE)

### IQSS B

#### ◆ Recommandations

Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d’aide à la décision

Question n° 3 – 3.6.1. Page 67

- Il est recommandé de réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection pour le bilan d’extension préthérapeutique d’une carcinose péritonéale a priori d’origine ovarienne, tubaire ou péritonéale primitive (**Grade B**).
- L’IRM peut être proposée, complétée par un scanner thoracique sans injection en cas de contre-indication à l’injection d’agent de contraste iodé (insuffisance rénale sévère, DFG < 30 mL/min) (**Grade C**).

## Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision

### Question n° 3 – 3.6.2. Page 70

- Il est recommandé de réaliser un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection pour le bilan de résécabilité d'une carcinose ovarienne, tubaire ou péritonéale primitive (**Grade B**).

## IQSS C

### ◆ **Recommandation**

## Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision

### Question n° 1 – 3.3.2. Page 30

- « En cas de lésions ovariennes indéterminées en échographie endovaginale et sus-pubienne, il est recommandé de réaliser une IRM pelvienne (**Grade A**). »

### ◆ **Article**

L'étude O-RADS publiée très récemment (Thomassin-Naggara 2020) montre que 10 % des masses considérées comme annexielle en échographie ne l'étaient pas au final. De plus, l'IRM permet d'établir des éléments en faveur du caractère primitif ou secondaire de la lésion annexielle. Il est donc important de réaliser une IRM pelvienne pour toute masse complexe ou indéterminée.

## IQSS D

### ◆ **Recommandation**

## Chapitre 1 Outils et modèles prédictifs d'aide à la décision

### Question n° 4 – 3.7.1. Page 73

- La cœlioscopie est recommandée pour l'évaluation pré-thérapeutique de la résécabilité des cancers de l'ovaire, tubaire et péritonéal primitif (**Grade A**).

### ◆ **Contributions des parties intéressées**

#### > **UNICANCER**

- Proportion des patientes ayant eu une cœlioscopie diagnostique + pose de chambre implantable en ambulatoire (objectif entre 50 et 70 %).
- Proportion de patientes ayant eu avant le début du traitement, Une biopsie, Une cœlioscopie avec description de la carcinose et évaluation de la résécabilité par score PCI et Fagotti, Relecture histologique des tumeurs rares par un centre référent, Un dosage de marqueur plasmatique CA125, La présentation du dossier en RCP, Les critères de non opérabilité en chirurgie première (chirurgicaux ou non).

#### > **FHF**

- Proportion des patientes ayant bénéficié de la cœlioscopie d'évaluation de résécabilité.

## IQSS E

### ◆ Articles

Bonte AS et al. Eur J Surg Oncol. 2019

- QI 4 : Proportion of patients who underwent an adequate surgical staging.
- QI 6 : Proportion of performed staging laparotomies in which all of the following procedures are included: total hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, cytology of the peritoneal cavity, infracolic omentectomy, random peritoneal biopsies and systematic pelvic and para-aortic lymphadenectomy if medium or high risk features.

Liang MI et al. Gynecol Oncol. 2015

- 2. Complete staging for women with invasive stages I–IIIB ovarian, fallopian tube, or peritoneal cancer who have undergone cytoreduction.

Galvan-Turner VB et al. Gynecol Oncol. 2015

- For stages I–IIIB, surgical treatment was considered adherent to NCCN guidelines if it included a minimum of oophorectomy ( $\pm$  hysterectomy), pelvic and/or para-aortic lymph node biopsy, and omentectomy.
- A minimum of oophorectomy ( $\pm$  hysterectomy) and omentectomy was considered adherent surgical care for stages IIIC–IV disease.

### ◆ Contributions des parties intéressées

#### > FHF

- La chirurgie des cancers précoces doit comporter une annexectomie bilatérale, une hystérectomie totale, une omentectomie infracolique, un curage pelvien bilatéral, un curage lombo-aortique jusque la veine rénale gauche et une appendicectomie.

## IQSS F

### ◆ Contribution des parties intéressées

#### > ACORESCA

- Délai chirurgie (biopsie) et début chimiothérapie pour phase localement avancé et/ou métastatique.

#### > Association IMAGYN

- Respect des délais dans les étapes du traitement.
- écourter au maximum les délais du parcours (suspicion de la maladie, bilan, biopsie, examens complémentaires, résultats, RCP, traitement).

#### > Comité de démocratie sanitaire

- Le minimum de délai entre suspicion (1<sup>ers</sup> examens, échographie endovaginale IRM, bilan bio) et confirmation.
- Prise en charge globale la plus rapide.

#### > FHF

- Délai diagnostic-chirurgie de cytoréduction initiale le plus court possible.
- Délai diagnostic-chimiothérapie le plus court possible.

- Importance du délai entre le moment du diagnostic et la 1<sup>re</sup> phase thérapeutique qu'elle soit chirurgicale (si chirurgie radicale possible) ou chimiothérapeutique après décision RCP.

#### > UNICANCER

- Délai entre diagnostic histologique et chimio – Objectif: 2 semaines si coelioscopie diagnostique, 4 semaines si chirurgie complète.
- Un délai de 4 semaines entre le diagnostic et le début du traitement (chirurgie première ou chimiothérapie néoadjuvante).
- % patients dont délai entre la dernière biopsie et le 1<sup>er</sup> traitement est conforme aux délais attendus.
- Délai entre 1<sup>re</sup> consultation et 1<sup>er</sup> traitement.
- Délai entre 1<sup>re</sup> consultation et Geste + 2 critères qualité associés.
- soit par cœlioscopie soit par RI/radiologue expert.
- Taille, conditionnement et acheminement au laboratoire/Anapath + plateforme de biologie moléculaire/recherche BRCA.
- Délai Geste et résultats Anapath.
- Délai résultats et 1<sup>er</sup> traitement.
- Ou Délai entre dernière biopsie et date de début du 1<sup>er</sup> traitement (idem cancer colorectal).

#### > UNHPC-FHP

- Quelques centres suivent d'ores et déjà des indicateurs de délais de prise en charge : délai entre diagnostic du cancer (date du résultat Anapath) et premier traitement.
- Les délais sont pour nous une priorité : entre diagnostic et un premier traitement, entre la chirurgie et chimiothérapie et/ou la radiothérapie.

#### > ARS

- Délai entre diagnostic anatomopathologique et 1<sup>er</sup> traitement (chimiothérapie ou chirurgie).
- Raccourcir les délais de la prise en charge pour éviter les risques de complications tardives.
- Des délais d'accès aux examens complémentaires courts pour une prise en charge thérapeutique rapide.
- Un accès rapide au plateau technique d'imagerie (scanner/TEP).
- Un plateau technique disposant d'experts oncologues médicaux et chirurgiens gynécologue oncologique et radiologues/experts TEP dans le domaine du cancer de l'ovaire.
- Favoriser l'usage de l'imagerie interventionnelle pour la réalisation de biopsies si patiente « inopérable ».

## IQSS G

### ◆ Contributions des parties intéressées

#### > FHF

- Délai chimiothérapie-chirurgie d'intervalle (1 mois environ).

> **UNICANCER**

- Délai médian entre fin de chimio pré op et chirurgie : entre 7 à 8 semaines.

> **Association IMAGYN**

- Respect des délais dans les étapes du traitement.

## IQSS H

### ◆ **Recommandation**

Chapitre 6 Modalités de la chirurgie des cancers de l'ovaire au stade avancé (stade IIB à IV)

Question n° 26a – 8.3.1. Page 204

- Un délai inférieur à 6 semaines entre la chirurgie et l'initiation de la chimiothérapie adjuvante est recommandé pour les cancers de stade avancé de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif (**Grade C**).

Chapitre 8 Les traitements systémiques

Question n° 32 – 10.4.2. Page 271

- Il est recommandé de débiter la chimiothérapie moins de 6 semaines après la chirurgie de cytoréduction des cancers de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif avancés (**Grade C**).

Chapitre 9 Les personnes âgées

Question n° 36 – 11.6.1. Page 302

- Un traitement systémique identique à celui des patientes plus jeunes (bithérapie à base de sels de platine) est recommandé pour le traitement des cancers ovariens, tubaires et péritonéaux primitifs chez les patientes âgées non vulnérables (**Grade B**).

### ◆ **Articles**

ElNaggar AC et al. Gynecol Oncol. 2018

- « The Society of Gynecologic Oncology quality measure in ovarian cancer to administer chemotherapy within 42 days of cytoreductive surgery in patients with epithelial ovarian/fallopian tube/peritoneal cancer. »

Liang MI et al. Gynecol Oncol. 2015

- « Intraperitoneal chemotherapy administered within 42 days of optimal cytoreduction to women with invasive stage III ovarian, fallopian tube, or peritoneal cancer. »

Bonte AS et al. Eur J Surg Oncol. 2019

- « Proportion of patients with invasive stages I (grade 3), IC-IV ovarian, fallopian tube, or peritoneal cancer to whom platin or taxane is administered within 42 days following cytoreduction. »

### ◆ **Contributions des parties intéressées**

> **UNICANCER**

- Délai entre chirurgie et 1<sup>re</sup> chimiothérapie.
- Délai médian entre chirurgie et chimio post op < 8 semaines.

- Entre la chirurgie et la 1<sup>re</sup> séance de chimiothérapie (adjuvante ou reprise) (objectif < 6 semaines).
- > **ACORESCA**
  - Délai chirurgie (biopsie) et début chimiothérapie pour phase localement avancé et/ou métastatique.
- > **FHF**
  - Délai chirurgie de cytoréduction-chimiothérapie < 6 semaines.
  - Proportion des patientes ayant débuté la chimio thérapie en adjuvant dans un délai < 30 jours après la chirurgie de cytoréduction.
- > **UNHPC-FHP**
  - Les délais sont pour nous une priorité : entre diagnostic et un premier traitement, entre la chirurgie et chimiothérapie et/ou la radiothérapie.
- > **Association IMAGYN**
  - Diminuer les délais entre chirurgie et chimio (ou immunothérapie...).
  - Respect des délais dans les étapes du traitement.

## IQSS I

### ◆ Recommandations

Chapitre 8 Les traitements systémiques

Question n° 32 – 10.4.2. Page 270

- La réalisation de la chirurgie d'intervalle est recommandée après 3 à 4 cycles de traitement des cancers de l'ovaire, de la trompe ou du péritoine primitif de stades avancés (**Grade C**). Le nombre de cycles de chimiothérapie adjuvante sera de 2 à 4, après la chirurgie de cytoréduction d'intervalle, pour un total (cycles néoadjuvants + cycles adjuvants) de 6 à 9 cycles maximum (**Grade C**).

Chapitre 9 Les personnes âgées

Question n° 36 – 11.6.1. Page 302

- Un traitement systémique identique à celui des patientes plus jeunes (bithérapie à base de sels de platine) est recommandé pour le traitement des cancers ovariens, tubaires et péritonéaux primitifs chez les patientes âgées non vulnérables (**Grade B**).

### ◆ Articles

Bristow RE, Chi DS. Gynecol Oncol. 2006

## IQSS J

### ◆ Articles

Bonte AS et al. Eur J Surg Oncol. 2019

- QI 8 : Proportion of patients with ovarian cancer experiencing significant morbidity during the first 28 days following surgery.

- QI 9 : Proportion of patients who had a readmission within 30 days of a surgical procedure.
- QI 16 : Proportion of recorded serious postoperative complications or deaths.

Querleu, et al. Int J Gynecol Cancer. 2016

- QI 10 : Existence of a Structured Prospective Reporting of Postoperative Complications

#### ◆ Détermination des taux cibles et d'alerte

Cham S, et al. Am J Obstet Gynecol. 2019

Bartels HC, et al. Pleura Peritoneum. 2019

#### ◆ Contributions des parties intéressées

##### > ACORESCA

- Proportion de mortalité ou morbidité (ré-hospitalisation péri-opératoire).

##### > FHF

- 8 ratio des patientes présentant une morbidité grade 3 et 4 à 90 jours.

##### > UNICANCER

- Taux de mortalité et morbidité post-op à 60 jours.
- Suivi de la morbi-mortalité du parcours : ré-intervention ; ré-hospitalisation.



52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Réalisation : INCa

ISBN : 978-2-37219-798-4

ISBN net : 978-2-37219-799-1

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2021

Pour plus d'informations  
**e-cancer.fr**

Institut national du cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr